

John Birkett.


WELLCOME
HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

# NOUVEAUX ÉLÉMENS

DE



# PATHOLOGIE

## MÉDICO-CHIRURGICALE,

OU

## TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE
## DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,


PAR L. CH. ROCHE,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MEMBRE-ADJOINT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
ASSOCIÉ ÉTRANGER DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, DE L'ATHÉNÉE
DE MÉDECINE, CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE MÉDECINE DE MARSEILLE, ETC.,

ET L. J. SANSON,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, DOCTEUR EN CHIRURGIE, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS,
CHIRURGIEN CONSULTANT DU ROI, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, ETC.,
CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE BRUXELLES ET DE WILNA, ETC.


TROISIÈME ÉDITION,

Publiée par les soins du Docteur R.-R. Marinus.

TOME PREMIER.





**Bruxelles,**

LIBRAIRIE MÉDICALE DE J.-B. TIRCHER,
RUE DE L'ÉTUVE, N° 20.

1834.

A Monsieur **BROUSSAIS**,

MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROF. A L'HOPITAL-MIL. D'INSTRUCTION DU VAL-DE-GRACE,
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
OFFICIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR,
MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC., ETC.

A Monsieur le Baron **DUPUYTREN**,

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOTEL-DIEU, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR ET DE L'ORDRE DE SAINT-MICHEL, ETC., ETC.

**Hommage au Génie.**

ROCHE ET SANSON.




# PRÉFACE.

Lorsqu'en 1824 nous conçûmes le projet de ce livre, aucun des traités élémentaires qui existaient alors, quel que fût son mérite d'ailleurs, ne présentait le tableau complet des connaissances médicales et chirurgicales de l'époque. Une foule de maladies qui ne pouvaient trouver place dans les cadres adoptés, avaient été passées sous silence, et l'histoire de celles que le plan de l'auteur avait permis d'admettre offrait elle-même des lacunes sans nombre.

Un autre défaut commun à tous, consistait dans l'arbitraire des classifications. D'abord, il y en avait une pour la médecine, et une toute différente pour la chirurgie ; puis dans chacune d'elles, le caprice seul semblait présider à l'arrangement des faits : une classe était établie sur la considération des causes, une autre avait pour base la forme apparente des maladies, ici on grouppait les maladies d'après leurs symptômes, et là on les rapprochait d'après leur nature, etc. Et cependant, ces classifications sans unité, après avoir réuni des objets disparates et séparé des affections analogues, en étaient réduites à créer un ordre de maladies sans siége ou de nature inconnue, dans lequel on rejetait pêle-mêle tout ce que l'on n'avait pu faire entrer dans les catégories précédentes, malgré leur vague et leur élasticité.

On voyait se succéder rapidement les éditions des meilleurs de ces écrits, et chaque réimpression nouvelle n'apportait d'autre changement à celle qui l'avait précédée, que l'addition de détails insignifians ou quelques différences dans le classement des matériaux. Le fonds des idées générales et particulières y demeurait invariable ; il semblait que les auteurs eussent pris à tâche d'immobiliser la science, et lui eussent dit : tu ne sortiras pas de ce cercle.

Enfin, le temps apportait chaque jour son tribut de perfectionnement, une doctrine réformatrice venait de remuer la science jusque dans ses fondemens, un pas immense et incontestable avait été fait, et découvertes, réforme, progrès, n'avaient trouvé d'autre accueil dans les écrits dont nous parlons, que le silence ou quelques mots d'un superbe dédain, ou l'aveugle incrédulité.

La carrière de ces ouvrages touchait donc à sa fin ; leurs auteurs les laissaient périr d'inanition.

Aussi le besoin de les remplacer se faisait-il déjà vivement sentir.

Mais quelles conditions devait remplir le travail qui se présenterait pour recueillir leur succession ?

Il devait :

Donner une classification régulière, à base unique et invariable, assez large pour contenir tous les faits de la science, et dont les cadres fussent disposés de manière à recevoir naturellement toutes les acquisitions ultérieures ;

Offrir un inventaire complet de nos richesses scientifiques en médecine et en chirurgie ;

Préciser le certain, indiquer le douteux, signaler l'inconnu, et montrer autant que possible la direction des recherches et la voie du progrès ;

Accepter les faits et les vérités nouvelles après en avoir discuté la valeur, et reproduire en quelque sorte le mouvement et la vie qui animent la science et la font marcher sous nos yeux ;

Se montrer enfin constamment dominé par la foi dans le progrès, afin que l'on n'y vît jamais percer ni la sotte pensée que la science est née d'hier, ni l'absurde

croyance qu'elle est sortie toute parfaite du cerveau d'un seul homme il y a deux mille ans.

Ce travail, nous osâmes l'entreprendre.

Loin de nous la prétention d'avoir satisfait complètement aux exigences de ce programme que nous nous étions tracé. Mais nous pouvons du moins nous rendre cette justice, que nous avons fait tous nos efforts pour approcher du but, et plus d'une fois il nous sembla que nous l'avions atteint.

Le succès dépassa nos espérances. La première édition n'était pas encore achevée (1) que déjà nous imprimions la seconde ; bientôt celle-ci fut traduite en plusieurs langues, et bientôt aussi elle reçut les honneurs de la contrefaçon.

Un accueil aussi flatteur ne nous aveugla pas cependant sur le mérite de notre ouvrage, nous en connaissions trop bien les imperfections ; nous n'y vîmes qu'un encouragement à mieux faire, et l'obligation de redoubler d'efforts pour nous rendre de plus en plus dignes des suffrages honorables que nous recueillions de toutes parts. Nos veilles furent dès-lors consacrées à le perfectionner sans relâche.

Nous en livrons aujourd'hui la troisième édition au jugement et à la bienveillance de nos confrères. Puisse-t-elle sortir de cette épreuve aussi heureusement que ses deux aînées !

Au nombre et à la nature surtout des changemens qu'elles y remarqueront, quelques personnes vont proclamer peut-être que nous avons déserté nos anciens drapeaux. Elles seront dans l'erreur, et les bons esprits ne croiront pas à cette accusation. Nous n'avons jamais suivi qu'une bannière, celle du progrès ; et si l'on nous a vus saluer par de vives acclamations, défendre de toutes nos forces, et propager avec zèle la nouvelle doctrine médicale française, c'est parce qu'elle nous apparaissait comme une éclatante manifestation du progrès lui-même. Aux yeux de quiconque a médité sur la marche ascendante des sciences, elle n'a pas perdu ce haut caractère, et la génération médicale actuelle se montrerait ingrate autant qu'aveugle, si elle déchirait la main qui lui a ouvert la nouvelle carrière de perfectionnement dans laquelle elle se trouve lancée.

Enfin un dernier reproche nous attend peut-être, celui de rétrograder vers les idées humorales des anciens. Il ne sera pas plus fondé que le précédent. Les faits ne périssent jamais, mais ils tombent parfois dans le goufre de l'oubli, entraînés par la chute des théories qui les animaient de la vie scientifique, et tel avait été le sort de ceux sur lesquels reposait le vieil humorisme. Aujourd'hui nous les sortons du gouffre, nous essayons de les ranimer au souffle de la physiologie moderne ; ce n'est point là rétrograder, c'est encore marcher en avant dans la voie de l'avenir.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'exhaler une plainte. Assez heureux pour avoir découvert quelques faits et quelques idées neuves, nous nous sommes toujours empressés de les consigner dans nos précédentes éditions, sans prendre la précaution, que nous jugions superflue, de les marquer d'un : *ceci est à nous.* D'autres les ont reproduits sans nous citer, et l'on n'a presque jamais manqué de leur en faire honneur. Etait-ce pour nous punir de notre impartialité ? Nous n'avons pas voulu jusqu'ici fatiguer le public des stériles débats de questions de priorité. Mais enfin l'abnégation de tout sentiment personnel a des bornes qu'elle ne peut dépasser sans dégénérer en duperie, et nous nous déciderons peut-être un jour à reprendre nos dépouilles.

Paris, ce 19 septembre 1833.

(1) Il ne restait plus un seul exemplaire des premiers volumes lorsque le dernier parut.

# NOUVEAUX ÉLÉMENS

# DE PATHOLOGIE

## MEDICO - CHIRURGICALE.

# PROLÉGOMÈNES.

La *vie* est l'ensemble des effets produits par une organisation donnée; la *santé*, l'ordre et la régularité dans le développement de ces effets; la *maladie*, le désordre et l'irrégularité dans leur manifestation ou l'obstacle à l'accomplissement d'un ou de plusieurs d'entre eux.

L'étude de l'enchaînement des actes qui composent et constituent la vie forme le domaine de la *physiologie;* la science qui s'occupe de la recherche des moyens de conserver la santé a reçu le nom d'*hygiène;* et celle qui apprend à la rétablir lorsqu'elle a été dérangée, à guérir les maladies, en un mot, a été appelée *pathologie.* Ce sont les élémens de la dernière que nous avons pour but d'exposer dans cet ouvrage.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

### SUR LA PATHOLOGIE.

S'il est vrai que toute maladie soit caractérisée par un trouble dans le développement des effets de l'organisation, il en résulte, comme conséquence nécessaire, que toute maladie reconnaît pour cause un changement plus ou moins profond dans cette organisation elle-même; nous devons donc la définir, *une altération d'un tissu ou d'un fluide apportant trouble ou obstacle dans l'exercice d'un acte vital ou d'une fonction.*

De même qu'il faut, pour bien étudier l'enchaînement des actes de la vie, en connaître les instrumens dans leur état parfait d'intégrité, c'est-à-dire l'organisation normale, ce que nous apprend l'*anatomie*, de même, pour bien connaître les maladies, il importe de savoir quels tissus ou quels fluides sont altérés dans chacune d'elles, et quel mode d'altération ils ont subi, c'est-à-dire les changemens d'organisation dont elles dépendent: c'est ce que nous enseigne l'*anatomie pathologique.* La connaissance d'une maladie se compose donc de deux choses, savoir: le *siége*, c'est-à-dire le tissu, l'organe ou le système qu'elle occupe; la *natrue,* c'est-à-dire l'espèce de changement que l'organisation a subi.

Lorsque les maladies sont extérieures, il suffit de la simple inspection pour en déterminer et le siége et la nature; mais lorsqu'elles sont cachées dans la profondeur des organes, cette détermination n'est plus aussi facile, et le médecin a besoin de recourir à des procédés particuliers pour y parvenir. L'art de mettre ces procédés en pratique, de reconnaître les maladies, en un mot, a été nommé *art du diagnostic*, et la connaissance acquise de leur siége et de leur nature constitue le *diagnostic* proprément dit.

Mais s'il importe au médecin de savoir reconnaître les maladies, c'est principalement dans le but de pouvoir diriger avec plus de certitude l'emploi des moyens propres à en obtenir la guérison. Le nombre de ces moyens est immense; la plupart des agens de la nature en font partie. Pour faciliter leur étude, on les a partagés en *hygiéniques*, *pharmaceutiques* et *chirurgicaux.* L'hygiène, qui s'occupe aussi de l'art de conserver la santé, ainsi que nous l'avons déjà dit, apprend à connaître les premiers; la *matière médicale*, les seconds; et la *chirurgie*, les troisièmes. Le grand art de les appliquer tous à la cure des maladies a reçu le nom de *thérapeutique.*

Dans aucune science, peut-être, les problèmes ne sont hérissés d'autant de difficultés et n'exigent plus de sagacité que ceux dont se composent le diagnostic et la thérapeutique des maladies. Les élémens du plus simple de ces problèmes sont nombreux et compliqués, les données en sont fugitives, changeantes, trompeuses, enfin la solution la plus satisfaisante n'entraîne presque jamais avec elle la conviction mathématique, et très-souvent

elle reste susceptible de contestation. Cependant, par une analyse profonde, le médecin parvient à frayer sa route vers la vérité. Il étudie l'action *des causes des maladies* (*étiologie*); il porte le flambeau de la physiologie dans le dédale souvent obscur de leurs *symptômes* (*symptomatologie*); il en observe la marche, la durée, l'issue (*observation*); il se livre, sur les cadavres, à la recherche des altérations des tissus (*recherches anatomiques*), et, combinant ensemble tous les résultats obtenus de ces différentes sources, il en déduit un diagnostic sûr et un traitement rationnel. Lorsque cette étude est faite d'une manière abstraite sur toutes les maladies en masse, elle constitue la *pathologie générale*; appliquée à chaque maladie en particulier, c'est la *pathologie spéciale*.

## PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

### Des causes des maladies.

Les causes des maladies ont leur source au dehors ou au dedans des individus, de là leur partage en *externes* et en *internes*. Leur action est circonscrite ou semble s'étendre à toute l'économie; de là les causes *locales* et les causes dites *générales*. La plupart *excitent*, *stimulent*, *irritent* les tissus sur lesquels s'épuise ou va retentir leur action; on les nomme alors *excitantes*, *stimulantes*, *irritantes*. Quelques unes au contraire, en petit nombre, diminuent l'action vitale: on les appelle *débilitantes*, *asthéniques*. D'autres brûlent, désorganisent, contondent, divisent, arrachent, brisent les tissus, ou détruisent les rapports naturels qui les unissent: on les désigne par les épithètes de *chimiques* et de *mécaniques*. Toutes n'agissent pas avec la même énergie: ainsi, les unes rendent seulement nos organes plus aptes à contracter les maladies, et on les dit *prédisposantes*; les autres, au contraire, produisent immédiatement la maladie, et on les nomme *déterminantes*, *efficientes*, *occasionnelles*. Enfin, quelques unes, parmi les *irritantes*, sont inconnues dans leur essence et produisent toujours les mêmes affections: on les désigne par le nom de *spécifiques*.

Tous les corps de la nature, sans aucune exception, peuvent devenir causes de maladies; mais, parmi eux, les agens nécessaires à l'entretien de la vie, tels que l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, l'électricité, les alimens, sont surtout la source des plus nombreux et des plus fréquens désordres. Cela dépend de ce que leur action est continuelle sur nos tissus, et, soit qu'elle augmente ou qu'elle diminue au delà de certaines limites, soit que les organes la ressentent plus ou moins vivement qu'ils ne doivent le faire dans l'état normal, l'équilibre est rompu, et une maladie se déclare. Plus ils agissent avec force, plus les tissus sont sensibles à leur présence, et plus aussi les maladies se développent avec promptitude et acquièrent d'intensité, et *vice versâ*. Cette loi est d'ailleurs commune à toutes les causes des maladies.

Certaines manières d'être de l'organisation favorisent l'action des causes morbifiques extérieures, et suffisent même souvent pour amener seules à la longue les maladies. Ainsi, l'influence de toutes les causes en général est bien plus grande sur les sujets faibles que chez les individus robustes, en raison de la moindre résistance qu'opposent tous leurs tissus. Les différens âges, les sexes, les prédominances sanguine, lymphatique et nerveuse (tempéramens) (1), l'excès ou le défaut de développement d'un organe relativement aux autres (idiosyncrasies), et tous les vices de l'organisation, rendent les individus plus sensibles à l'action de telles ou telles causes et plus aptes à contracter telles ou telles maladies. L'enfance prédispose aux maladies de l'encéphale; l'adolescence et l'âge adulte, à celles de la poitrine; l'âge mûr, aux affections des voies digestives; la vieillesse, aux maladies des reins et de la vessie; le sexe féminin, aux affections nerveuses; les tempéramens sanguin, lymphatique et nerveux, aux désordres de ces trois grands systèmes, etc. C'est dans ces conditions organiques que consistent principalement les causes internes des maladies.

Mais, de toutes les causes prédisposantes, la plus puissante est, sans contredit, l'hérédité. Gardons-nous de croire cependant, comme on l'enseignait autrefois, que les parens transmettent aux enfans le *germe* de leurs maladies; c'est une erreur qui ne soutient pas le plus léger examen. Les enfans reçoivent de leur père une organisation semblable à la leur, et cette hérédité ne doit pas plus étonner que celle des traits du visage, du son de voix, de la taille, des formes et du caractère. Avec l'organisation de leurs parens, ils doivent nécessairement hériter de la même aptitude qu'eux à contracter les mêmes maladies; mais c'est à cela que se borne cette mystérieuse hérédité. L'habitation dans un autre climat, l'éducation, le genre de vie, etc., peuvent tellement modifier l'organisation du fils, qu'il ne contracte jamais les maladies auxquelles était prédisposé son père; et de la sorte s'explique naturellement ce fait incompréhensible dans l'autre hypothèse, de prétendus *germes* de maladies qui sautent d'une génération pour reparaître dans une autre. Il serait superflu de s'étendre plus longuement sur ces vérités, presque généralement admises aujourd'hui. Nous nous bornerons à ajouter deux remarques que nous ne croyons pas sans importance, bien qu'elles n'aient, que nous sachions, été consignées nulle part. La première, c'est que l'aptitude ou la prédisposition héréditaire à contracter telle ou telle maladie s'accroît de génération en génération. C'est ainsi que les races s'éteignent, et par la même raison que les races qui ne se croisent pas s'abâtardissent. La seconde, c'est que la prédisposition héréditaire se transmet en général du père aux filles et de la mère aux garçons. Depuis que notre attention a été dirigée sur ces faits, nous avons eu de nombreuses occasions de les vérifier, et nous n'avons rencontré que de rares exceptions.

L'air, l'eau, le calorique, le froid, la lumière, l'électricité, etc., agissent sur toute l'économie; mais ce n'en est pas moins à tort qu'on les a considérés comme des *causes générales* de maladies, en ce sens qu'on en a voulu tirer la conséquence qu'el-

(1) Consultez l'excellent ouvrage du docteur Bégin, intitulé: *Principes généraux de physiologie pathologique*. 2e édition. Paris, 1828, 2 vol. in-8.

les produisent des *maladies générales*, *totius substantiæ*. Dès l'instant que leur action est suivie d'un résultat morbide, ce résultat est local, parce qu'il existe toujours un point de l'organisme, variable chez les divers individus, plus irritable que tous les autres, et qui devient l'aboutissant de toutes les impressions. Et d'ailleurs, si ces causes font sentir leur influence à tous les organes, leur action est cependant plus forte sur certains, parce qu'elle y est immédiate: l'excès et le défaut de calorique, par exemple, impressionnent surtout la peau; l'air, les voies respiratoires; l'électricité, le système nerveux, etc. Il n'existe donc pas de causes générales de maladies dans le sens qu'on a toujours attaché à cette expression, et l'on doit se borner à dire que les modificateurs généraux de l'économie deviennent très-souvent des causes morbifiques, mais qu'ils produisent des maladies tout aussi locales que celles qui résultent des autres agens.

Le point de vue sous lequel il importe surtout d'étudier les causes des maladies, c'est celui des modifications qu'elles introduisent dans l'organisation des tissus. En considérant leur immense variété, on s'attend à les voir produire des effets variables à l'infini; mais on est bientôt détrompé, en remarquant que la plupart ont un seul et unique résultat, celui d'augmenter l'action vitale des tissus, c'est-à-dire d'y déterminer l'accroissement de la sensibilité (*dolor*) et un appel plus considérable des fluides (*fluxus*). En effet, à quelques rares exceptions près, que l'on fasse agir une cause quelconque sur un tissu assez fortement pour obtenir un résultat appréciable, et bientôt, au point de contact ou dans un point de sympathie, on voit d'abord l'*irritabilité* s'accroître, puis ensuite la douleur se manifester, et les liquides affluer de toutes parts. On nomme *irritantes*, ainsi que nous l'avons déjà dit, les causes dont telle est la manière d'agir; si l'effet a lieu au point de contact, on les appelle *irritantes directes*, et s'il se passe dans un point éloigné, *irritantes indirectes*. Ces dernières, parmi lesquelles nous citerons le froid, diminuent, il est vrai, l'action vitale des parties qu'elles touchent; mais comme, en vertu d'une loi de l'économie, cette action ne peut diminuer dans un tissu sans augmenter proportionnellement dans d'autres, ces causes *sédatives*, *asthéniques* dans la réalité, pour les parties auxquelles on les applique, deviennent *irritantes* pour d'autres parties; quelquefois même elles irritent localement: c'est ce qui a lieu lorsque leur application est passagère, parce qu'alors une vive réaction en est la suite, et peut s'élever jusqu'à l'état morbide.

Quelles sont donc les causes qu'on peut appeler avec quelque fondement *asthéniques?* Il n'en existe qu'un petit nombre qui méritent réellement ce nom; presque toutes celles auxquelles on l'a donné sont négatives, c'est-à-dire qu'elles consistent dans l'*absence* des stimulans nécessaires à l'entretien de la vie ou dans la *soustraction* des matériaux de l'économie; exemple: la privation des alimens, celle de l'air, de la lumière, de la chaleur, les saignées abondantes et tous les écoulemens trop copieux. Et faisons remarquer encore que l'absence de ces stimulans est souvent même une cause irritante; tel est le défaut d'alimentation, qui finit toujours par accroître l'irritabilité et par produire de la douleur et un appel de fluides dans la membrane muqueuse des voies digestives. Ajoutons à cela, que si ces causes abaissent en effet l'action vitale des tissus au dessous du degré normal, il n'y a cependant pas encore, dans le plus grand nombre des cas, maladie produite, et il sufit ordinairement de rendre à l'économie le stimulant dont elle a été privée, pour que les actes de la vie reprennent bientôt toute leur activité. Ce n'est qu'à la longue, en général, qu'elles mettent un organe dans l'impuissance absolue de remplir sa fonction, ou qu'elles jettent les individus dans un état d'épuisement et de langueur dont la mort peut être la suite Enfin, on peut aussi contester la qualification de *causes asthéniques* à ces substances délétères qui tuent instantanément; car, dans la réalité, leur vrai mode d'action n'est pas connu, et il paraît même que, données à petites doses, elles sont encore irritantes. Cependant nous conserverons le nom d'*asthéniques* à toutes les causes énumérées dans ce paragraphe, leur action se trouvant suffisamment expliquée par tout ce qui précède, pour écarter les fausses conséquences que l'on pourrait tirer de cette dénomination.

Nous ne nous arrêterons pas sur le mode d'action des causes *chimiques* et *mécaniques*. Lorsqu'elles agissent faiblement, elles sont seulement irritantes; mais quand leur action est forte, les changemens qu'elles opèrent dans les tissus varient avec elles: ainsi, elles brûlent, divisent, rompent, distendent, contondent, etc. Cette variété d'effets ne permet pas de les embrasser dans les mêmes considérations générales.

Il existe, avons-nous dit, un certain nombre de causes irritantes, inconnues dans leur essence, dont le caractère est de toujours produire chacune la même maladie, et de n'en jamais faire naître d'autres Nous avons dit aussi qu'on les nommait *spécifiques*, en raison de cette dernière particularité. Ainsi, la cause inconnue de la petite-vérole, par exemple, produit toujours cette maladie, et n'en peut pas développer une autre; elle est donc spécifique dans la véritable acception de ce mot; c'est un fait que rien ne peut détruire. Il en est de même de chacune des causes de la vaccine, de la rougeole, de la scarlatine, etc. Mais si la nature de ces causes nous échappe parce qu'elles sont insaisissables, elle nous est du moins en partie révélée par la nature des effets qu'elles produisent. Or, ces effets, *dans ce qu'ils ont d'appréciable*, ne diffèrent pas de ceux qui naissent sous l'influence des causes irritantes, c'est donc avec les causes irritantes que celles qui nous occupent offrent le plus d'analogie, c'est parmi elles que l'on devrait *provisoirement* les classer, en attendant que leur nature étant plus complétement connue, on pût en faire une classe à part dont les caractères seraient bien déterminés. Toutefois nous leur conserverons la dénomination de *spécifiques* sous laquelle on les désigne généralement, dénomination vague sans doute, mais par cela même préférable à toute autre, parce qu'elle ne préjuge pas leur nature.

Les causes prédisposantes ne bornent pas tou-

jours leur effet à préparer les maladies, et, de même, les causes occasionelles restent quelquefois sans action. C'est que les effets des unes et des autres sont subordonnés à une foule de conditions qui les modifient, et parfois les rendent nuls. Les deux principales de ces conditions sont : le temps pendant lequel ces mêmes causes agissent et le degré d'irritabilité des individus. Ainsi, une cause prédisposante qui agit pendant long-temps d'une manière continue, ou pendant peu de temps sur un sujet très-irritable, devient occasionelle et produit la maladie ; au contraire, une cause occasionelle passagère, ou qui agit sur un individu d'une irritabilité obtuse, reste souvent sans résulat morbide : rien n'est donc moins tranché que la distinction établie entre ces deux ordres de causes. Quelques unes des causes prédisposantes existent dans l'organisation même des individus, qui les rend plus aptes à contracter telle maladie que telle autre. On appelle *prédisposition* cette condition d'organisation ; elle varie dans les individus, puisque, placés dans des circonstances exactement les mêmes, ils ne contractent pas tous la même maladie. Elle consiste presque toujours dans la prédominance ou l'irritabilité plus grande d'un système organique, d'un organe ou d'un tissu ; mais souvent elle est inconnue dans son essence.

On voit quelquefois une maladie qui n'occupait d'abord qu'un tissu se répéter bientôt dans d'autres organes, sans que la cause qui l'a primitivement fait naître se reproduise ; cette *cause inconnue*, qui, comme la prédisposition, paraît inhérente à l'organisation même de certains individus, a reçu le nom de *diathèse*. Il y a autant de diathèses que de maladies susceptibles de se reproduire ainsi d'une manière en quelque sorte spontanée. Nous dirons en temps et lieu quelles sont ces maladies, mais nous devons faire remarquer ici que le mot *diathèse* n'a d'autre valeur scientifique, d'autre utilité, que de servir à classer et à caractériser un ordre de faits dont la raison n'est pas connue.

### Des symptômes des maladies.

Les symptômes, ces cris de douleur des organes souffrans, suivant l'expression énergique de M. Broussais, sont tous les phénomènes insolites appréciables qui se manifestent dans la texture, la forme, les rapports, et l'action des tissus et des organes. On nomme *locaux* ceux qui se manifestent dans le lieu même qu'occupe l'organe malade, et *sympathiques* ceux qui, appartenant à d'autres tissus que celui où siége la maladie, dépendent cependant de sa souffrance communiquée aux autres parties par le cerveau, par le cordon rachidien, et par le trisplanchnique. Enfin, on désigne par l'épithète de *généraux*, certains symptômes qui se manifestent en même temps dans une grande étendue de l'économie, et se représentent dans une foule d'affections différentes. On a bien établi quelques autres divisions parmi les symptômes des maladies, mais les trois espèces que nous venons d'établir sont les seules qu'il importe d'étudier.

Dans toute maladie, les symptômes locaux sont en général les plus importans : ce sont eux qui fournissent et le plus de lumière au diagnostic et les principales indications thérapeutiques. Cela devait être, puisque ce sont eux qui émanent le plus directement de l'organe malade. Mais il n'est pas toujours facile de les distinguer des phénomènes sympathiques, parce que l'idiosyncrasie des malades en modifie toujours plus ou moins l'expression, et que dans la même maladie au même degré d'intensité, ils sont très-prononcés chez tel individu, peu marqués chez un autre, et manquent totalement sur un troisième. En général cependant, au milieu de la douleur de plusieurs organes et du trouble de plusieurs fonctions, les symptômes locaux sont là où se fait sentir la douleur la plus vive, et surtout dans le lieu où l'on remarque le trouble fonctionnel le plus grave et le plus complet. Mais ici les préceptes sont d'un faible secours ; c'est la sagacité du médecin, la lecture des bonnes descriptions des maladies, et par dessus tout, l'habitude de voir des malades, qui doivent suppléer à leur insuffisance.

Distinguer les symptômes locaux dans une maladie, c'est en même temps et nécessairement reconnaître ceux qui sont sympathiques ; tout ce que nous venons de dire des premiers est donc applicable aux seconds. Cependant, chaque tissu un peu important a quelques symptômes sympathiques particuliers que la physiologie pathologique apprend à connaître, et très-souvent c'est à l'aide de ceux-ci qu'on remonte à la connaissance des phénomènes locaux. Au reste, ils s'éclairent mutuellement, et l'on peut poser en principe que le diagnostic d'une maladie est d'autant plus facile, qu'il existe des rapports plus naturels et plus étroits entre les deux ordres de symptômes qu'elle provoque, et qu'ils s'expliquent mieux les uns par les autres.

En général, les médecins ne sont pas assez pénétrés de l'idée que tous les phénomènes sympathiques indiquent la souffrance bien réelle de chacun des organes auxquels ils correspondent. Sans doute, ils sont sous la dépendance de la lésion primitive ; sans doute, il suffit ordinairement de diminuer et détruire celle-ci, pour les voir s'affaiblir et disparaître ; mais combien de fois aussi ne voit-on pas l'un d'eux prendre tout à coup une intensité remarquable, dominer tous les autres, et devenir le signal de l'apparition de nouveaux phénomènes morbides ? D'où vient donc l'accroissement d'intensité de ce symptôme ? Nul doute qu'il ne soit l'effet de l'altération croissante du tissu dont il exprime la souffrance. Ne suit-il pas toutes les phases du développement de cette altération ? et si l'individu succombe, celle-ci ne se montre-t-elle pas tout aussi matérielle que celle qui l'a d'abord provoquée ? Pourquoi ne voudrait on pas admettre dès lors que cette altération existe dès le début, lorsque le symptôme, qui n'en est que l'ombre, existe ? Supposez-la légère autant que vous le voudrez ; dites qu'elle est inappréciable aux sens : mais gardez-vous de la nier : cela serait absurde. Existe-t-il d'ailleurs la plus légère différence entre deux douleurs de tête, par exemple, d'égale intensité, dont l'une est idiopathique et l'autre sympathique ? Non sans doute. Pourquoi voudrait-on

donc que l'une dépendît d'une altération du tissu de l'arachnoïde ou du cerveau, et que l'autre existât sans cette lésion? Ne voit-on pas que cela implique contradiction.

Les symptômes généraux, c'est-à-dire ceux qui se montrent dans un grand nombre d'affections et ne sont propres à aucune en particulier, sont en petit nombre. Nous ne connaissons que l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur, le frisson, la diminution des forces musculaires, qui soient dans ce cas : leur intensité est en raison de la gravité des maladies. Cependant cette règle n'est pas sans exceptions. Comme ces phénomènes sont également sympathiques, il en sera question plus en détail à l'article des sympathies.

### De la marche des maladies.

L'ordre dans lequel naissent et s'enchaînent les symptômes constitue ce qu'on appelle la marche des maladies. On dit que la marche d'une maladie est *continue*, lorsqu'il n'y a pas d'interruption dans les symptômes depuis le début jusqu'à la fin; *intermittente*, lorsque les symptômes se montrent et disparaissent par intervalles plus ou moins réguliers; *rémittente*, lorsque, sans disparaître complètement, ils diminuent d'intensité de temps à autre d'une manière notable; *aiguë*, quand ils s'agravent ou disparaissent avec rapidité; *chronique*, quand ils se développent avec lenteur, et que la maladie met un certain temps à se terminer d'une manière quelconque.

La marche continue est celle qu'affectent le plus ordinairement les maladies; mais elle est rarement si absolue qu'il n'y ait quelques alternatives de diminution ou d'augmentation dans les symptômes. On remarque qu'en général, dans la plupart des maladies continues, il survient le soir des *redoublemens*, *exacerbations*, *ou paroxysmes*, qui se prolongent jusqu'au lendemain, et que pendant le jour les accidens sont moindres. Les symptômes des maladies continues ne conservent pas non plus constamment le même degré d'intensité pendant toute leur durée : assez souvent, ils augmentent au début pendant un certain laps de temps, puis ils restent stationnaires pendant un temps à peu près égal à celui de leur accroissement, et ensuite ils décroissent avec plus ou moins de rapidité. On a nommé *périodes*, ces phases successives du développement des maladies. La première a reçu le nom de *période d'augment*, *progrès* (*incrementum*); la seconde, celui de *violence*, *période d'état* (*status*); et la troisième, celui de *déclin* (*decrementum*). Mais ces périodes ne se montrent pas dans toutes les maladies; quelquefois les symptômes offrent toute leur intensité dès le début; d'autres fois ils augmentent rapidement et diminuent immédiatement après qu'ils ont atteint leur *summum* d'intensité, sans période d'*état* intermédiaire; lorsque la maladie se termine par la mort, ou subitement par une sueur ou une hémorrhagie abondante, il n'y a évidemment pas de période de *déclin*; enfin, le traitement, suivant qu'il est bien ou mal dirigé, abrége, prolonge, fait naître ou retranche les uns ou les autres de ces périodes. Est-il besoin d'ajouter que, lorsqu'elles existent, le passage de l'une à l'autre est toujours insensible? Le diagnostic des maladies continues est beaucoup plus facile que celui des intermittentes; mais en général le traitement de celles-ci est bien plus fréquemment couronné par le succès.

L'*intermittence* ou *périodicité* des maladies est un phénomène dont l'explication a toujours beaucoup occupé les médecins; nous essaierons de l'expliquer lorsque nous nous occuperons de la seule classe de maladies dans lesquelles on l'observe. Chaque réapparition des symptômes porte le nom d'*accès*. C'est ainsi que l'on dit un accès de *fièvre*, de *névralgie*, de *goutte*. La plupart des médecins se servent indifféremment des mots *attaque*, *accès* et *paroxysmes*, et c'est à tort, selon nous; des idées distinctes se rattachent à chacune de ces expressions. L'*attaque* est une invasion soudaine de symptômes ordinairement graves; l'*accès* est un développement successif et limité de phénomènes morbides; le *paroxysme* est l'exacerbation de symptômes déjà existans. L'*attaque* est un accident dont rien n'autorise à prévoir le retour; l'*accès* suppose presque nécessairement un autre accès; le *paroxysme* fait partie de phénomènes morbides continus. L'idée d'*attaque* et celle de *paroxysme* n'entraînent pas nécessairement l'idée de périodicité; celle d'*accès* en est inséparable. Un homme peut avoir plusieurs *attaques* de goutte, par exemple; chaque attaque peut se composer d'un certain nombre d'*accès*, et chaque accès présenter plusieurs *paroxysmes*. Enfin, pour finir ce parallèle par une remarque pratique, les médicamens doués de la propriété antipériodique, comme le quinquina, par exemple, préviennent en général le retour des *accès*, ils sont presque toujours sans effet pour empêcher les *attaques*, ils exaspèrent presque constamment les *paroxysmes*.

Le début de la plupart des accès est ordinairement marqué par un *frisson*; à ce frisson succède de la *chaleur*; une *sueur* termine en général la scène; on a donné les noms de *stades* ou *périodes* aux trois séries de symptômes auxquels appartiennent ces phénomènes : *frisson*, *chaleur* et *sueur*. Mais ces stades ne sont pas constans; certains accès ne sont pas précédés de frisson; d'autres ne sont pas suivis de sueur; on en observe dans lesquels deux stades manquent à la fois. Enfin il y a des accès qui n'offrent ni frisson, ni chaleur, ni sueur, et qui ne sont plus alors caractérisés que par le retour périodique des phénomènes principaux de la maladie. L'ordre dans lequel se succèdent ces trois stades n'est pas lui-même invariable; ainsi l'on voit quelquefois l'accès commencer par la sueur et finir par le frisson. Toutefois cela est très-rare, et, comme tout ce qui s'écarte de l'ordre accoutumé, cette anomalie doit faire craindre un grand danger. La durée des accès dépasse rarement vingt-quatre heures. On nomme *apyrexie*, ou *intermission*, l'intervalle qui sépare les accès; il est plus ou moins long et constitue le *type* de la maladie. Si l'accès reparaît une fois toutes les vingt-quatre heures, la maladie est appelée *quotidienne*; s'il se reproduit après deux jours d'apyrexie, on la nomme *tierce*; enfin, s'il se montre après trois, quatre, cinq jours de calme, elle prend les noms

de *quarte*, *quintane*, *sextane*. Ces deux derniers types sont très-rares. Quelquefois il reparaît deux accès par jour, ou deux le même jour tous les deux jours, ou deux le même jour tous les trois jours; cela constitue les types *double quotidien*, *tierce doublé*, et *quarte doublé*. Il arrive parfois, dit-on, qu'il y a un accès tous les jours, et qu'ils se correspondent tous les deux jours de telle sorte que le troisième est semblable au premier, le quatrième au second, et ainsi de suite; c'est là le type *double tierce*, et si cette correspondance a lieu de trois en trois jours, de manière que le quatrième accès ressemble au premier, le cinquième au second, et le sixième au troisième, c'est le type *triple quarte*. Dans quelques cas, assure-t-on, il y a deux accès le premier jour et un seul le second, deux le troisième et un seul le quatrième, et ainsi de suite : la maladie est alors *triple tierce* ou *hémitritée*. Enfin, le type *double quarte* consiste dans un accès deux jours de suite, suivi d'une apyrexie complète le troisième jour, etc. On a nommé *erratique* ou *atypique* la maladie dont les accès reviennent à des intervalles irréguliers La plupart de ces types ont été imaginés dans le cabinet; aussi les dénominations qui les rappellent sont-elles tombées dans un juste oubli, ce qui ne serait certainement pas arrivé si l'observation eût offert les faits qu'elles sont censées exprimer. Celles de *quotidienne*, *tierce*, *quarte*, *quintane* et *sextane* sont à peu près les seules dont on se serve aujourd'hui, parce que ce sont les seuls types intermittens qui existent réellement.

La marche rémittente tient le milieu entre l'intermittence et la continuité. Une maladie de ce type est tantôt une affection continue avec de forts redoublemens, et tantôt une affection intermittente dont les accès ne sont pas séparés par une apyrexie complète.

Lorsque les maladies parcourent rapidement leurs périodes et qu'elles développent beaucoup de symptômes sympathiques, on les appelle *aiguës*. L'invasion de ces maladies est presque toujours annoncée par le *frisson :* ce sont elles aussi qui offrent ordinairement les trois périodes d'*augment*, d'*état* et de *déclin*. Quand elles sont en même temps continues, elles épuisent assez promptement les malades, et sont en général plus graves que lorsqu'elles sont intermittentes, l'acuité restant la même. Si elles se terminent d'une manière presque subite, sans décroissement graduel de symptômes, une *sueur* abondante a presque toujours lieu; de sorte qu'elles commencent et finissent comme chaque accès de maladie intermittente.

Enfin, la marche des maladies est appelée *chronique* quand elles se développent et se terminent lentement, et qu'elles ne provoquent qu'un très-petit nombre de symptômes. Elles sont souvent la suite des maladies aiguës. Lorsqu'elles sont primitives, c'est au peu d'énergie de causes productrices, ou au défaut d'irritabilité des individus ou des organes, et souvent à ces deux causes réunies, qu'elles doivent leur caractère de lenteur et de peu d'intensité. Le diagnostic en est souvent difficile.

Quelques maladies se manifestent par une série de symptômes, toujours les mêmes, et qui se succèdent toujours dans le même ordre, sans que rien puisse y introduire un changement important; telle est la petite-vérole, par exemple. On a dit que la marche de ces maladies était nécessaire, et en cela on n'a fait qu'exprimer un fait : mais, ne faisant pas attention que les faits de cette espèce sont les moins nombreux, on en avait tiré la conséquence que la marche de toutes les maladies était nécessaire. Il suffit sans doute de signaler cette erreur pour en faire justice. On sait aujourd'hui que la marche de la très-grande majorité des maladies peut être arrêtée dans toutes ses périodes, et il n'est peut-être pas de médecin qui ne fasse tous ses efforts pour obtenir ce résultat dès le commencement de la plupart des maladies. On sait aussi qu'une foule de circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de saison, de climat, etc., modifient plus ou moins cette marche. Ainsi, les maladies de l'enfance sont en général plus rapides, celles de la vieillesse plus lentes; et il en est de même de celles des tempéramens sanguins et nerveux par rapport à celles du lymphatique, de celles des saisons sèches par rapport à celles des saisons humides; la grossesse ralentit la marche des affections chroniques; les chaleurs de l'été suspendent les progrès des maladies de la poitrine, que l'hiver accélère au contraire; cette dernière saison, surtout lorsqu'elle est humide, augmente rapidement les hydropisies. Peut-on, quand on connaît ces faits, admettre une marche nécessaire dans les maladies? Aucune de ces circonstances influe-t-elle d'une manière sensible sur le cours de la petite-vérole, de la rougeole, de la scarlatine?

Enfin, il est une circonstance qui influe beaucoup sur la marche des maladies; c'est leur *complication*. Nous ferons connaître plus tard quelles modifications elle y apporte; nous dirons seulement ici que, pour nous, une *maladie simple* est celle qui consiste dans l'altération d'un seul tissu, et une *maladie compliquée*, celle dans laquelle plusieurs sont en même temps altérés.

### De la durée des maladies.

La durée des maladies n'a rien de fixe. Il en est qui se terminent en quelques heures, quelques minutes, ou qui durent vingt-quatre heures : on les a nommées *éphémères;* la plupart se prolongent pendant plusieurs jours; enfin, quelques-unes durent plusieurs années. On a voulu établir la distinction des maladies en *aiguës* et *chroniques* sur leur durée, et l'on a fixé celle des premières à quarante jours, regardant comme chroniques toutes celles qui dépassaient ce terme. Mais cette base est fautive; car, suivant les tissus, une maladie est souvent aiguë après quarante ou cinquante jours, et chronique dès le vingtième; nous avons dit ailleurs qu'une maladie pouvait débuter sous forme chronique.

Les mêmes maladies dont la marche est nécessaire ont aussi une durée fixe que rien ne peut abréger au delà de certaines limites. On n'a pas manqué de prétendre que toutes les maladies étaient dans ce cas, et quelques médecins de nos jours soutiennent encore cette opinion, tant est grand le penchant de certains hommes à généraliser de préférence les exceptions. Ce que nous avons dit sur la marche prétendue nécessaire des maladies

est ici entièrement applicable ; il en est de même des courtes remarques que nous avons présentées sur l'influence des âges, des sexes, des tempéramens, etc. ; ces causes modifient la durée des maladies de la même manière que leur marche.

### Des terminaisons des maladies.

Les terminaisons des maladies varient avec leur nature ; leur histoire appartient toute entière à la pathologie spéciale. Dirons-nous que les maladies se terminent par la guérison complète ou incomplète, spontanée ou obtenue par l'art, subite ou lente, ou par la mort instantanée, rapide ou lente des malades? Qu'apprendrions nous à nos lecteurs? Mais parmi les terminaisons des maladies, il en est deux qui sont communes à un grand nombre d'entre elles, et sur lesquelles nous devons arrêter notre attention ; ce sont les *métastases* et les *crises*.

Il arrive quelquefois que le tissu primitivement affecté dans une maladie cesse tout à coup de l'être, et qu'un autre s'altère immédiatement. Quand la cause de cette sorte de déplacement d'une maladie par une autre, dans une partie éloignée, est bien évidente, lorsque surtout c'est le médecin qui la fait naître, on nomme le changement qui s'est opéré *révulsion ;* lorsqu'au contraire la cause reste inaperçue, l'effet prend le nom de *métastase*. Mais le phénomène est le même dans les deux cas; ce qui le prouve, c'est que la métastase a toujours lieu sur l'organe le plus irrité, comme dans la révulsion, ou le plus irritable, ce qui n'est qu'une différence en moins. ( Voyez *Révulsion*. ) Comme celle-ci, en un mot, la métastase n'est donc autre chose que la diminution de l'action morbide ou de l'altération d'un tissu, tandis qu'elle augmente dans un autre. Cependant, dans quelques cas, il y a véritable transport, non pas de la maladie (ce qui est impossible puisque l'altération d'un tissu ne peut pas se transporter dans un autre), mais transport du produit de la maladie sur un organe éloigné. C'est ainsi qu'on a vu le pus d'un abcès être absorbé subitement, et transporté sur les intestins, sur la vessie, etc., et rendu par les selles, par les urines. Ces faits sont rares ; mais ils constituent de véritables métastases, dans la rigoureuse acception de ce mot. Comme les précédens, dépendent-ils d'une révulsion? Oui, dans quelques cas, mais non pas, dans tous. Il est remarquable que les liquides ainsi résorbés sont presque toujours déposés sur une surface libre. N'obéissent-ils pas à cette loi, jusqu'ici méconnue, en vertu de laquelle toutes les substances non assimilables, accidentellement introduites dans l'économie, sont dirigées vers les points par lesquels elles peuvent être rejetées au dehors, et principalement par les voies digestives et urinaires, chargées, dans l'ordre naturel, de cette fonction éliminatrice? Nous le pensons.

C'est très-souvent encore un phénomène de révulsion que l'on a nommé *crise*. Nous n'en voulons d'autre preuve que l'embarras dans lequel sont souvent les médecins partisans de la doctrine consacrée par cette expression, pour distinguer les métastases des crises qu'ils appellent *fausses ;* embarras tel, que les uns voient une métastase dans le même phénomène où les autres reconnaissent une crise. Mais les crises consistent plus fréquemment encore dans le rétablissement impétueux de sécrétions qui avaient été suspendues par la maladie, que dans un phénomène de révulsion. Ainsi, les sueurs et les urines abondantes qui surviennent quelquefois à la fin des maladies aiguës, bien loin d'être les causes de la guérison subite de celles-ci, en sont les effets. La peau était sèche et l'urine rare, parce qu'un organe important s'opposait, par sa souffrance, à la libre excrétion des urines et des sueurs. Ces liquides sont tout à coup excrétés en grande abondance, parce que l'organe rentre subitement dans son état normal ; et leur quantité, dans un temps donné, est proportionnelle à la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'organe malade passe à l'état de santé. Enfin, on a encore donné le nom de *crises* à un troisième ordre de phénomènes ; c'est celui des hémorrhagies spontanées, après lesquelle la maladie disparaît. Mais chez les femmes, une partie des maladies sont guéries par le retour des menstrues ; on n'a jamais appelé leur apparition, dans ces cas, une crise. C'est un fait analogue qui arrive quelquefois chez l'homme : car ces hémorrhagies, dites *critiques*, ne surviennent jamais que sur des individus qui, dans l'état de santé, les éprouvent naturellement et avec facilité. Il n'est pas question ici des hémorrhagies qui ont lieu par des surfaces malades.

Enfin, on ne peut nier, ce nous semble, que plusieurs maladies paraissent se succéder, sans intervalle, chez un même individu, sans qu'il existe de liaison nécessaire entre ces affections successives. Cependant, un partisan des doctrines de la métastase et des crises ne manque pas d'appeler la première maladie l'*affection principale ;* la seconde, une *métastase ;* la troisième, une *fausse crise ;* la quatrième, une *nouvelle métastase ;* et la dernière, enfin, est toujours à ses yeux une *crise* heureuse ou funeste. Nous pourrions en citer des exemples. Et cependant sur quelles preuves s'appuie-t-on pour admettre de tels rapports entre des maladies qui n'en ont peut-être aucun? Qu'ajoutent à la connaissance des faits les mots *métastase* et *crise* par lesquels on croit les exprimer? Quelles conséquences utiles en découle-t-il pour le traitement?

Il résulte de ce qui précède, que l'on a compris sous les dénominations citées, des phénomènes qui n'ont entre eux aucune analogie, et séparé des phénomènes du même ordre. Il faut donc renoncer à s'en servir, tant que le sens n'en sera pas mieux déterminé ; c'est ce que nous ferons dans tout le cours de cet ouvrage. Nous ne parlons pas de la doctrine des jours critiques ; elle est aujourd'hui généralement abandonnée.

### Du diagnostic des maladies.

Le diagnostic des maladies, ou l'art d'en connaître le siége et la nature, est sans contredit la partie la plus importante de la pathologie. C'est lui qui forme la base du traitement; et la bonté du choix des moyens thérapeutiques, l'assurance dans leur emploi, et la juste appréciation de leurs effets, dépendent de son exactitude et de sa pré-

cision. Mais il est hérissé de difficultés, et le médecin qui ne joint pas à beaucoup de sagacité et à des connaissances anatomiques et physiologiques profondes, l'habitude et le talent d'observer les malades, n'aura jamais qu'un diagnostic incertain et souvent erroné. Il existe bien quelques méthodes ou procédés pour le guider dans son investigation, mais ils ne peuvent suppléer qu'imparfaitement à l'absence de l'une des conditions que nous avons exigées de lui, jamais au manque de deux d'entre elles, et à plus forte raison de toutes les trois. Nous devons cependant faire connaître ces procédés.

Le premier, le plus simple, le plus communément employé, consiste à rapporter directement les symptômes que l'on observe, à la lésion de l'organe ou du tissu dont ils expriment la souffrance, en se guidant d'après la connaissance de leurs fonctions et de leurs propriétés. Ainsi, lorsqu'un malade se présente avec de la gêne dans la respiration, de la toux, une douleur profonde, le son mat et un râle crépitant dans un des côtés du thorax, des crachats sanguinolens, etc., on prononce hardiment que la maladie de cet individu a son siége dans le poumon. S'il meurt, l'ouverture du cadavre confirme cette partie du diagnostic et le complète en dévoilant la nature de la lésion, nature qu'il était au reste déjà facile de deviner par celle des symptômes. S'il survit, comme des symptômes identiques ne peuvent pas dépendre de lésions différentes, et que des ouvertures de cadavres faites dans des circonstances semblables ont appris que les symptômes cités accompagnent constamment telle lésion du poumon, le diagnostic a encore toute la certitude désirable. Presque toutes les maladies aiguës peuvent être diagnostiquées de la sorte.

La seconde méthode s'applique aux cas dans lesquels les symptômes, en raison de leur peu d'intensité, sont difficiles à interpréter; lorsque les différences sont inappréciables entre ceux qui émanent directement de l'organe malade et ceux qui ne sont que sympathiques; dans la plupart des maladies chroniques, en un mot. Elle consiste à interroger tous les organes les uns après les autres, jusqu'à ce que l'on arrive à celui qui donne la raison suffisante de tous les symptômes observés. A cet effet, on commence par examiner rapidement et superficiellement les parties contenues dans la tête, au cou, dans la poitrine, puis dans l'abdomen; et dans cette première revue on s'attache à exclure, pour ne plus s'en occuper, tous les organes ou tissus sur l'intégrité desquels il n'est pas possible de conserver le moindre doute, et l'on note tous ceux qui donnent les plus légers soupçons de lésion. Ce premier travail achevé, on procède à un second examen, qui, bien entendu, ne roule plus que sur les tissus ou organes soupçonnés. On fait donc un nouveau choix parmi eux, ou, pour parler plus exactement une seconde exclusion, qui porte sur ceux dont la souffrance n'est bien évidemment que sympathique, en réservant encore, pour les soumettre à un examen ultérieur plus approfondi, ceux qui laissent quelques doutes. Enfin, dans une troisième opération, on écarte successivement tous les tissus dont la lésion ne donne pas la raison suffisante de tous les symptômes observés, et l'on arrive ainsi au vrai siége du mal; et si quelquefois on est encore embarrassé pour prononcer entre deux organes, il est plus que probable alors qu'il y a lésion simultanée de tous les deux, c'est-à-dire *complication*. Cette méthode, que l'on peut appeler d'exclusion, est encore applicable lorsqu'il s'agit de découvrir la véritable cause d'une série de symptômes extraordinaires, entraînant un danger pressant, et auxquels il importe d'appliquer promptement le remède. On lit dans les *Archives* (1) un exemple de son emploi par M. le docteur Rayer, digne de servir de modèle dans une circonstance analogue, et qui fait le plus grand honneur au savoir et à la sagacité de ce médecin. Nous y renvoyons nos lecteurs.

Enfin, il existe des cas plus obscurs encore dans lesquels cette seconde méthode d'investigation ne peut pas même être mise en pratique, à défaut de symptômes sur lesquels elle puisse opérer. Ainsi, un malade se présente, il n'accuse qu'un malaise général, et l'examen le plus attentif ne fait rien découvrir qui puisse servir à déceler la cause de ce malaise. Cependant cet état dure depuis quelque temps, le malade maigrit, ses forces s'épuisent, et ses jours seront incessamment compromis si l'on n'y porte remède. Certes, il importe beaucoup que le médecin sache où réside le mal qui consume cet individu; car il n'y a pas de traitement rationnel possible sans cette connaissance, et le traitement empirique est trop chanceux et fait perdre un temps précieux en tâtonnemens. Comment donc parvenir à ce but? Le voici. D'abord, que l'on se demande ce qui s'oppose à ce que le siége de la maladie puisse être découvert. C'est, nous venons de le dire, l'obscurité des symptômes. Qu'y a-t-il donc à faire pour écarter cet obstacle? Il n'y a qu'un seul parti à prendre : c'est de faire en sorte que les symptômes se prononcent davantage. Or, pour cela, rien de mieux que d'administrer un excitant un peu énergique. Il arrive alors de trois choses l'une : ou bien le malade est soulagé; dans ce cas, il est vrai, l'incertitude n'est pas dissipée, mais on continue de le traiter empiriquement par cet excitant qui le soulage : ou bien il n'éprouve aucun changement, et alors on recommence en augmentant la dose du stimulant : ou bien, enfin, les symptômes se prononcent, l'organe affecté devient le plus ordinairement douloureux; et dès lors le but est atteint, le siége du mal est découvert : car, encore bien que la stimulation ne soit exercée que sur l'estomac, on sait qu'elle réveille plutôt la douleur d'une autre partie du corps, si cette partie est affectée, qu'elle n'excite celle de cet organe lui-même, s'il est sain. C'est ainsi que, chez les *goutteux*, les *phthisiques*, etc., l'ingestion d'une boisson spiritueuse détermine des douleurs dans les articulations, la poitrine, et laisse l'estomac indolent. Que si les symptômes rendus ainsi plus saillans n'indiquent que la lésion de cet organe, c'est qu'évidemment il est le siége de la maladie.

(1) *Archives Générales de médecine*, tom. V, pag. 68 et suiv.

Tels sont les moyens d'investigation à l'aide desquels on découvre dans le plus grand nombre des cas le siége des maladies. L'ouverture des cadavres peut seule, à la rigueur, en révéler la nature ; mais comme il n'est presque pas de maladies sur lesquelles on ne possède un très-grand nombre de recherches anatomiques, on a pu rattacher les symptômes de presque toutes aux altérations du tissu qui les provoquent, et l'on est arrivé à ce point de pouvoir dire : à tel groupe de symptômes correspond tel mode de lésion de tel tissu. De sorte que les méthodes de diagnostic que nous venons de tracer suffisent ordinairement pour dévoiler à la fois le siége et la nature des maladies. Aux yeux du médecin instruit, l'enveloppe du corps est pour ainsi dire transparente.

### Du pronostic des maladies.

Il ne suffit pas de savoir diagnostiquer les maladies, il importe aussi d'en estimer à l'avance le degré de gravité et la durée probable, de pressentir tous les accidens qui peuvent venir les compliquer, et enfin d'en prévoir l'issue. Tout jugement porté d'avance par le médecin sur l'une de ces circonstances des maladies est appelé *pronostic*.

Le pronostic se compose d'un si grand nombre d'élémens, tant de circonstances, qu'il n'est pas possible de prévoir, peuvent venir le mettre en défaut alors même qu'il paraît le plus certain, que les médecins le regardent avec raison comme la partie la plus difficile de l'art de guérir : et cependant c'est le point sur lequel les gens du monde se montrent le plus exigeans. Ils vous pardonnent une mort, si vous l'avez prévue ; mais ils vous imputent à ignorance, même une guérison, si vous avez annoncé une terminaison funeste. Tous ces motifs doivent rendre très-circonspect dans le jugement que l'on porte sur une maladie, et l'on doit presque toujours le prononcer sous la forme du doute. Essayons cependant de poser quelques préceptes.

1° Une maladie est d'autant plus grave qu'elle occupe un organe plus important ; qu'elle est plus aiguë, plus intense, moins régulière dans sa marche et de plus longue durée ; qu'elle règne d'une manière épidémique ; qu'elle est transmissible par contagion ; qu'elle attaque un enfant, un vieillard, une femme enceinte, une constitution détériorée, un individu atteint déjà d'une maladie chronique, adonné à l'ivrognerie, aux excès vénériens, à la masturbation ; qu'elle survient chez un sujet qui a fait un long usage d'alimens de mauvaise qualité ; enfin qu'elle succède à des travaux excessifs de corps ou d'esprit, surtout pendant la nuit et en se privant de sommeil, ou à des chagrins prolongés, à la perte d'une place, de sa fortune, d'un être tendrement aimé.

2° Plus il existe des circonstances indiquées réunies dans une même maladie, et plus elle est dangereuse.

3° Toute maladie, au contraire, placée dans des circonstances opposées à celles ci-dessus, est sans gravité. Il existe seulement deux exceptions : 1° les maladies chroniques deviennent dangereuses par l'ancienneté, quelquefois elles le sont dès le début ; 2° les maladies intermittentes peuvent entraîner la mort dans quelques cas particuliers que nous ferons connaître.

4° On doit regarder comme des signes de favorable augure l'expression non altérée de la physionomie, l'espérance, la gaîté, la sécurité dans les maladies aiguës, le sommeil calme et dont on tire facilement le malade, la liberté de la respiration, une chaleur douce et halitueuse, et les hémorragies nasales, anales ou utérines.

5° Les signes suivans sont au contraire toujours graves : l'immobilité du malade ou une agitation extrême, l'amaigrissement rapide dans les affections chroniques, les sueurs nocturnes dans les maladies du poumon, l'altération profonde de la physionomie, l'infiltration des membres, les escharres gangréneuses de la peau ; les convulsions partielles ou générales, le délire, surtout chez les adultes et les vieillards, et les sueurs abondantes, surtout lorsqu'elles sont froides.

6° L'agitation succédant à l'immobilité dans une affection aiguë est un signe mortel, surtout si le malade se découvre et fait des efforts inutiles pour se lever. (1). Il en est de même de l'altération subite et profonde de la physionomie, du trismus, du rire sardonique, de la carphologie, de l'aphonie et de la mussitation dans les maladies aiguës, de la cessation subite d'une douleur vive avec altération profonde des traits, du découragement, du désespoir, des pressentimens funestes, de l'exaltation des facultés intellectuelles succédant au délire, des défaillances et des syncopes spontanées, de l'appétit vorace survenant tout à coup dans le cours d'une maladie aiguë sans diminution des autres symptômes (ce signe annonce ordinairement la mort dans les vingt-quatre heures), du passage des liquides dans l'œsophage comme à travers un tube inerte, du hoquet, de l'intermittence et de l'insensibilité du pouls, du froid des parties externes, tandis que l'intérieur est brûlant, du non-effet des sinapismes et des vésicatoires, et enfin du décollement du derme dans les endroits où les sangsues ont été appliquées (2).

On a pendant long-temps attaché une grande importance à l'état des forces, comme base du pronostic. Sans négliger aujourd'hui de tenir compte de cette considération, on s'accorde généralement à la regarder comme très-secondaire. L'extrême faiblesse seulement est un signe défavorable, surtout lorsqu'elle est l'effet des maladies chroniques ; car, dans les affections aiguës, elle existe souvent dès le début, et n'ajoute rien à la gravité du pronostic.

Aucun des signes que nous venons d'énumérer n'a de valeur absolue, et les plus graves sont quelquefois suivis de guérison, les plus favorables d'une issue funeste. Ce n'est que par leur comparaison avec les autres symptômes de la maladie, qu'il est permis d'en tirer des conséquences. Nous verrons, en traitant de chaque maladie, quel en est le pronostic particulier.

(1) *Élémens de Pathologie générale*, par Chomel, Paris, 1816 ; in-8., p. 427.

(2) Chomel, *ouvrage cité*, page 247.

### Du Traitement des maladies.

Le traitement des maladies repose principalement sur la connaissance de leur siége et de leur nature ; mais il reçoit souvent d'importantes modifications de la considération de leurs causes, de leur marche, de leur durée ; etc. Ce ne sera toutefois que lorsque la nature des maladies nous sera connue, que nous pourrons en exposer la thérapeutique. Les deux seuls préceptes dont nous puissions parler ici sont les suivans : 1° dans toute maladie, la première chose à faire est d'écarter les causes qui l'ont produite ou l'entretiennent; 2° dans la plupart des maladies, il faut condamner l'organe malade au repos.

Il est de la plus haute importance d'écarter, lorsqu'il est possible, la cause qui a produit une maladie. Ce précepte de thérapeutique ne souffre pas d'exceptions, et son omission compromet toujours le succès. En vain on combat une maladie par les moyens les plus rationnels et les plus puissans, si l'agent qui l'a fait naître vient la ranimer sans cesse, on ne parviendra presque jamais à la détruire ; ou, si l'on en obtient la disparition, cette guérison apparente est momentanée et promptement suivie de rechute. Ainsi, il faut éloigner des lieux marécageux l'homme atteint d'une affection intermittente rebelle ; sortir des foyers d'épidémie les individus qui en sont frappés; faire changer d'état celui dont la maladie est entretenue par cette cause; arracher à ses habitudes l'individu qui leur doit la persévérance de son mal; préserver du chaud, du froid, de la sécheresse, de l'humidité, si la maladie est l'effet d'une de ces causes ; écarter toutes les affections morales vives dans les affections qui en dépendent ; extraire les corps étrangers ou favoriser leur expulsion ; rétablir les rapports des parties divisées, déplacées, etc., etc. Souvent même il suffit d'écarter la cause pour faire cesser immédiatement la maladie ; c'est surtout lorsque cette cause demeure sur la partie qu'elle affecte (*sublatâ causâ, tollitur effectus*). Mais plus souvent encore la cause qui a produit la maladie n'agit plus lorsque le médecin est appelé à donner ses soins. Son rôle se borne alors à placer le malade dans les conditions hygiéniques les plus favorables, à l'abri des influences atmosphériques et des émotions vives.

Le précepte de condamner l'organe malade au repos n'est pas moins important que le précédent, et son oubli entraîne les mêmes inconvéniens. Il souffre toutefois quelques exceptions ; c'est ainsi que l'on exerce une articulation frappée d'un commencement d'ankylose, un cerveau menacé d'imbécilité, l'œil qui devient insensible à la lumière, l'oreille qui perçoit difficilement les sons. Mais, dans l'immense majorité des maladies, il est d'une application indispensable, et, en général, on interdit toute méditation à l'homme dont le cerveau est malade ; on empêche de voir celui qui a les yeux affectés ; on écarte le bruit dans les maladies de l'oreille; on prescrit le silence dans celles du larynx et des poumons; on ordonne la diète lorsque les voies digestives sont dans un état de souffrance ; on place dans une immobilité absolue les membres fracturés, etc., etc.

Les fonctions du médecin ne cessent pas avec la maladie : il lui reste encore à ramener les malades au degré de force et de santé qui leur est naturel, c'est-à-dire à diriger leur *convalescence*. Revenir graduellement aux alimens, en choisir la nature, réparer les forces, stimuler les organes *asthéniés*, calmer ceux qui sont trop excités, rétablir les sécrétions et les excrétions dans l'état physiologique, et placer les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables ; telles sont les indications à remplir pour consolider la guérison (1).

### De la Nature des maladies.

Sans la connaissance de la nature des maladies, il n'y a pas de traitement rationnel possible ; aussi les médecins de toutes les époques et de toutes les sectes, les empiriques exceptés, ont-ils toujours attaché une grande importance à la découvrir. Mais au lieu de la demander à l'observation des faits, à leur investigation et aux expériences, dont les réponses sont trop lentes au gré de l'impatience si naturelle à l'esprit humain, on a toujours voulu la deviner. Humoristes, solidistes, mécaniciens, chimiâtres, vitalistes, pour ne citer que ceux-là, tous ont quitté le sentier étroit de la vérité pour la voie large de l'erreur; et c'est par des hypothèses, enfans de leur imagination, qu'ils ont prétendu dévoiler le mystère de la nature des infirmités humaines. Les uns ont imaginé des *humeurs*, des *âcres*, des *venins*, etc., qu'ils ont viciés et fait voyager à leur gré pour porter le désordre dans l'économie ; les autres ont inventé une *fibre*, qu'ils ont ensuite supposée *lâche*, *tendue*, *sèche*, *humide*, et devenant ainsi la source de toutes les maladies ; ceux-ci prétendaient expliquer les dérangemens de nos fonctions par des *pressions*, des *oscillations*, des *vibrations*, etc. ; ceux-là par des *levains*, des *acides*, des *alcalis*, etc. ; enfin, les derniers pathologistes, par l'*accroissement*, la *diminution* et la *perversion* de propriétés vitales sur le nombre et la nature desquelles ils n'étaient pas même d'accord. Ramenés dans la bonne route par l'exemple même de ces écarts, les médecins de l'époque actuelle ont enfin compris que c'était dans les désordres matériels de l'organisation qu'il fallait chercher avant tout les causes prochaines des maladies.

La nature des maladies consiste en effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans les diverses altérations des tissus ou des fluides; c'est donc en grande partie à l'anatomie pathologique à nous la révéler. Mais il est des principes que l'on ne doit jamais perdre de vue en se livrant à l'étude de cette partie fondamentale de la science des maladies ; nous allons les exposer.

Et d'abord, il ne faut pas créer autant de maladies que l'on observe d'altérations différentes dans les divers tissus. Toutes les lésions d'un même organe ou d'un même tissu, qu'aucun symp-

(1) *Voyez*, pour de plus grands détails sur la convalescence, l'ouvrage de M. Goupil, intitulé : *Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale*. Paris, 1824, 1 vol. in-8.

tôme ne peut faire distinguer entre elles pendant la vie, quelles que soient d'ailleurs les différences physiques ou chimiques qui les séparent après la mort, doivent être considérées comme une même maladie. En agir autrement, serait s'exposer à multiplier sans nombre et sans utilité les maladies, et surtout à faire des affections différentes de plusieurs degrés de la même. On sait en effet qu'un même tissu atteint de la même maladie offre des altérations tout-à-fait différentes, suivant que celle-ci a été aiguë ou chronique, plus ou moins intense, plus ou moins rapide, et que la mort est survenue à une époque plus ou moins avancée de son cours.

De ce premier précepte découle le suivant : on doit étudier avec soin l'ordre de succession naturelle des altérations diverses, par lesquelles chaque tissu en particulier, dans chaque affection dont il est susceptible, passe nécessairement avant de se montrer tel que nous l'offrent les cadavres. Ainsi, un tissu qui commence par être rouge, injecté et ramolli, peut finir par devenir blanc, sans traces de vaisseaux sanguins ni d'organisation, et de consistance lardacée ou même osseuse. Il importe de connaître les changemens intermédiaires qu'il a éprouvés.

En troisième lieu, il est indispensable de remonter aux changemens d'organisation qui précèdent constamment tous les autres : ce sont les principaux, les premiers à bien étudier ; il sont, pour ainsi dire, aux autres altérations, ce que les élémens sont aux corps composés, ou plutôt ce que des faits simples et primitifs sont à des faits composés et secondaires; ils doivent, par conséquent, servir de bases aux théories.

Enfin, on doit toujours rapprocher ces lésions des symptômes auxquels elles correspondent; ces deux ordres de faits s'éclairent nécessairement l'un par l'autre.

Ces préceptes sans cesse présens à l'esprit, on peut se livrer avec succès aux recherches anatomico-pathologiques. Voici les altérations que l'on rencontre dans les divers tissus :

1° Rougeur, injection, gonflement et perte de cohésion des tissus. C'est la plus fréquente de toutes les altérations; elle est la cause d'une grande partie des changemens d'organisation que l'on observe dans les tissus : on la nomme *inflammation*.

2° Indurations rouges, boutons, végétations, fongus, polypes, fausses membranes, kystes, corps vivans développés au sein des organes.

3° Vésicules, pustules, suppuration, érosion, ulcération, perforation, gangrène.

4° Épaississemens, granulations, opacité des tissus naturellement transparens, adhérences, épanchemens de sérosité.

5° Conversion d'un tissu en un autre, tels que le cartilagineux, l'osseux, le fibreux, le muqueux, le dermoïde, le séreux, le cellulaire et le tissu érectile.

6° Induration blanche, dégénérescence gélatiniforme, tubercules, matière encéphaloïde, matière cancéreuse, mélanose, cyrrhose.

7° Rétrécissement, dilatation et oblitération complète de canaux naturels.

8° Canaux accidentels, fistules.

9° Épanchemens de sang, collection de ce liquide; mais il y a le plus ordinairement effusion de ce liquide au dehors, pendant la vie.

10° Productions crétacées, pierreuses, pileuses, cornées.

11° Changemens de forme et de rapports : comme plaies, ulcères, distensions, déchirures, ruptures, fractures, déplacemens.

12° Corps étrangers.

13° Vices de conformation.

14° On ne connaît pas encore les altérations dont les liquides sont susceptibles ; on conteste même qu'ils puissent être altérés primitivement, et l'on croit que leur altération est toujours consécutive à une modification préalable des organes chargés de leur préparation. Cependant il paraît que, dans le *scorbut*, la composition du sang est altérée *primitivement*. Dans quelques affections produites par certains miasmes ou inoculées, on pense qu'il en est encore ainsi. Peut-être le sang est-il altéré dans d'autres maladies, mais jusqu'à ce jour on n'a pas pu parvenir à le démontrer d'une manière évidente; et dans l'état actuel de la science, il est difficile de bien connaître le rôle que l'altération du sang joue dans la production des maladies. Tout ce qu'on sait, c'est qu'on l'a trouvé à l'ouverture des cadavres plus ou moins liquide, noir, verdâtre, décomposé, putréfié ; mais malheureusement les observateurs ont trop souvent négligé de tenir compte, dans l'appréciation de ces altérations, de l'état plus ou moins avancé de putréfaction du cadavre lui-même, de l'état électrique et de la température de l'atmosphère, etc. Souvent aussi ils se sont bornés à indiquer ces altérations, d'une manière vague ; enfin aucun d'eux n'a encore pu établir des rapports bien évidens entre les symptômes et ces altérations, de sorte que ces faits sont demeurés stériles (1). Cela ne nous empêchera pas de créer une classe de maladies pour les altérations des liquides, qui ne comprendra pour ainsi dire que celles du sang. Quant aux altérations des autres liquides, elles sont encore moins connues que celles de ce fluide. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé la bile, verte, jaune, noire, poisseuse, corrosive; le mucus, blanc, jaune, verdâtre, purulent, pultacé, couenneux, membraneux; la sérosité, limpide, trouble, épaisse, inodore, fétide : mais toutes ces altérations sont sans valeur connue, la plupart dépendent d'une manière évidente de l'altération primitive des tissus, et il est probable qu'il en est de même de toutes. Nous reviendrons au reste sur toutes ces questions, quand nous nous occuperons plus spécialement de cette classe de maladies. Nous dirons cependant dès à présent que, dans la question de l'altération des fluides, on a toujours commis, de part et d'autre, une faute grave, en mettant les fluides sécrétés sur la même ligne que le sang. Ce liquide en effet peut incontestablement être altéré primitivement par les alimens, par l'absorption des poisons, des mias-

(1) Nous conseillons cependant la lecture du *Traité clinique et expérimental des Fièvres, dites essentielles*, par M. *Bouillaud*. Cet ouvrage n'est pas assez connu; il contient surtout des faits très-importans pour la solution de la question des altérations du sang.

mes, des virus, par l'air humide et privé de lumière, etc.; tandis que les fluides sécrétés ne peuvent être modifiés dans leur composition que consécutivement à l'altération du sang lui-même ou à un état morbide de leurs organes sécréteurs. Nous développerons plus tard cette idée.

Quelques maladies se transmettent d'individu à individu par le contact plus ou moins immédiat; on nomme ces maladies *contagieuses*. Il en est d'autres qui semblent inhérentes à certaines localités, et propres aux individus qui les habitent, bien qu'il ne soit pas sans exemple de les voir se développer dans d'autres lieux et sur d'autres hommes; on les appelle *endémiques*. Plusieurs peuvent, sous l'influence de causes dont l'action se fait sentir à un très-grand nombre d'individus en même temps, attaquer des populations entières de bourgs, de villages, de villes, de contrées; elles sont alors dites *épidémiques*. (On nomme *sporadiques* les maladies qui s'observent habituellement dans le sein d'une population.) C'est à tort que l'on a prétendu que ces circonstances changeaient la nature des maladies; une *inflammation* ne cesse pas d'être une inflammation, pour être *contagieuse*, *endémique* ou *épidémique* : nous ferons connaître quelle est au juste l'influence qu'exercent ces circonstances sur la nature des maladies.

Classification des maladies.

Si la nature des altérations que nous venons d'énumérer sans ordre était incontestable pour toutes; si, d'un autre côté, on avait la certitude que l'on connaît toutes celles dont les divers tissus sont susceptibles; en un mot, si la science de l'anatomie pathologique était plus avancée, la classification des maladies, d'après leur nature, pourrait enfin être établie sur des bases solides et inébranlables. Mais la nature de qnelques unes de ces altérations n'est pas parfaitement démontrée, et il existe des maladies ayant leurs symptômes propres, dans lesquelles l'altération des tissus n'est pas appréciable; une classification parfaite des maladies n'est donc pas possible dans l'état actuel de la science. Cependant, il ne nous sera pas difficile de mieux grouper les faits qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Les essais déjà tentés, les progrès récens de l'anatomie pathologique, et les découvertes importantes sur la nature des maladies, faites dans ces dernières années, nous faciliteront cette tâche.

En prenant les premiers pour base unique de classification, les changemens matériels qui s'opèrent dans l'organisation des tissus ou dans la composition des fluides, il nous a été possible de classer, sans effort, et d'une manière simple et naturelle, toutes les maladies qui peuvent affecter l'homme. Afin qu'on puisse saisir et juger cette classification dans son ensemble, nous allons en présenter le tableau général.

---

# PATHOLOGIE SPÉCIALE.

## PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT DANS UN APPEL PLUS CONSIDÉRABLE QUE DANS L'ÉTAT NORMAL, DES FLUIDES QUI LES PARCOURENT NATURELLEMENT, AVEC AUGMENTATION DE L'IRRITABILITÉ, OU IRRITATIONS.

### DE L'IRRITATION EN GÉNÉRAL.

Les actes dont l'ensemble constitue la vie ne sont produits dans toute leur plénitude que sous deux conditions : la première est celle de l'intégrité des organes qui les exécutent, et la seconde, l'action des stimulans. Cette seconde condition en suppose une troisième, savoir, l'aptitude des organes à ressentir l'influence de ceux-ci; on nomme cette aptitude *irritabilité*.

Outre cette propriété dont jouissent tous les tissus de ressentir plus ou moins vivement l'influence des stimulans, et peut-être en vertu de cette propriété, ils sont, dans l'état naturel, parcourus par des liquides et le siége d'actes ou de mouvemens de composition et de décomposition *communs à tous* et variables seulement en énergie dans chacun d'eux. Ces phénomènes sont les mêmes à la peau, dans le tissu cellulaire, dans un muscle, une membrane muqueuse, une séreuse, la substance cérébrale, etc. Dans tous, en effet, il y a également abord et départ continuel de molécules, combinaisons et décombinaisons non interrompues, afflux et reflux de fluide nerveux; seulement, ces mouvemens sont plus bornés ou plus considérables, plus rapides ou plus lents, suivant le degré de vitalité des tissus. C'est à cet ordre de phénomènes, à cette action moléculaire qui constitue la vie propre des tissus, que nous donnons le nom d'*action organique*. Il faut bien se

# TABLEAU GÉNÉRAL

DE

## CLASSIFICATION DES MALADIES D'APRÈS LEUR NATURE.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALTÉRATIONS DES SOLIDES. | Consistant dans un appel plus considérable que dans l'état normal, des fluides qui les parcourent naturellement, avec augmentation de l'irritabilité, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | IRRITATIONS. . . . . . . . . | Irritations inflammatoires ou inflammations.<br>Irritations hémorrhagiques ou hémorrhagies.<br>Irritations nerveuses ou névroses.<br>Irritations sub-inflammatoires ou sub-inflammations.<br>Irritations sécrétoires ou hyperdiacrisies.<br>Irritations nutritives ou hypertrophies. |
| | Consistant dans l'abord moins considérable que dans l'état normal, des fluides qui les parcourent naturellement, et dans la diminution de l'irritabilité, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | ASTHÉNIES. . . . . . . . . . | Asthénies sanguines.<br>Asthénies nerveuses.<br>Asthénies sécrétoires.<br>Asthénies nutritives. |
| | Consistant dans la transformation des tissus en d'autres tissus normaux, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | TRANSFORMATIONS. . . . | Transformations graisseuses.<br>Transformations cutanées.<br>Transformations muqueuses.<br>Transformations fibreuses.<br>Transformations cartilagineuses.<br>Transformations osseuses. |
| | Consistant dans un développement anormal de tissus plus ou moins analogues à ceux qui composent le corps humain, ou d'êtres vivans, soit à la surface, soit dans l'intérieur ou l'épaisseur des organes, ou. . . . | PRODUCTIONS MORBIDES. | Productions cornées.<br>Végétations.<br>Polypes.<br>Fongus.<br>Pseudo-membranes.<br>Kystes.<br>Entozoaires. |
| | Consistant, soit dans une mortification de texture telle qu'il semble que l'organisation primitive a disparu et que les tissus paraissent convertis en tissus nouveaux sans analogues dans le corps humain, soit dans leur destruction rapide et spontanée, ou. . . . . . . . . . . | DÉSORGANISATIONS. . . . | Tubercules.<br>Mélanose.<br>Cyrrhose.<br>Squirrhe et cancer.<br>Carcinôme.<br>Pourriture d'hôpital. |
| | Consistant dans la mortification plus ou moins étendue d'un ou de plusieurs tissus, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | GANGRÈNES. . . . . . . . | Gangrène externe.<br>Gangrène interne. |
| | Consistant dans l'interruption de leur continuité, ou. . . . . . . . . . | LÉSIONS DE CONTINUITÉ. | Contusions.<br>Plaies.<br>Brûlures.<br>Gerçures.<br>Ruptures.<br>Fractures. |
| | Consistant dans des changemens de rapports entre les tissus ou les organes, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | LÉSIONS DE RAPPORTS. | Renversemens.<br>Invaginations.<br>Déviations.<br>Hernies.<br>Luxations. |
| | Consistant dans l'agrandissement anormal de cavités, d'ouvertures et de canaux naturels, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | DILATATIONS. . . . . . . | Dilatations simples.<br>Tumeurs érectiles.<br>Varices.<br>Anévrysmes. |
| | Consistant dans l'obstruction plus ou moins complète de cavités, d'ouvertures, et de canaux naturels, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . | OBSTRUCTIONS. . . . . . . | Rétrécissemens.<br>Occlusions. |
| | Consistant dans la formation d'ouvertures ou de conduits nouveaux, ou | FISTULES. . . . . . . . . . | Fistules lacrymales.<br>Fistules salivaires.<br>Fistules biliaires.<br>Fistules stercorales.<br>Fistules urinaires.<br>Fistules anormales. |
| | Consistant dans des modifications congéniales ou acquises de l'organisation, produites soit par un arrêt de développement, soit par un développement excessif, soit par l'influence d'un état morbide, ou | VICES DE CONFORMATION. | Divisions anormales.<br>Réunions anormales.<br>Rétrécissemens et obstructions.<br>Ouvertures anormales.<br>Prolongemens anormaux.<br>Déviations.<br>Parties surnuméraires.<br>Absence de parties. |
| | Dépendant de la présence de corps étrangers, introduits, placés accidentellement, ou développés, soit dans l'épaisseur, soit à la surface des organes, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | CORPS ÉTRANGERS. . . . | Corps étrangers dans la cavité du crâne.<br>Corps étrangers dans les yeux et les voies lacrymales.<br>Corps étrangers dans le conduit auditif.<br>Corps étrangers dans les voies olfactives.<br>Corps étrangers dans les voies respiratoires.<br>Corps étrangers dans les voies digestives.<br>Corps étrangers dans les voies urinaires.<br>Corps étrangers dans les voies génitales et autour d'elles.<br>Corps étrangers dans les articulations. |
| ALTÉRATIONS DES LIQUIDES. | Consistant en un changement dans leur nature ou leur composition, ou. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | CACOCHYMIES. . . . . . . | Altérations du sang.<br>Altérations de la lymphe.<br>Altérations de la bile.<br>Altérations du lait. |

donner de garde de confondre cet ordre de phénomènes avec les actes vitaux que l'on nomme *fonctions*, actes différens pour chaque tissu, et ne dépendant que d'une manière indirecte de l'action organique.

On ignorera long-temps encore en quoi consiste cette action, et, jusqu'à ce qu'on en ait pénétré les mystères, il faudra se contenter d'en partir comme d'un fait primordial dominant un grand nombre d'autres faits pathologiques. Quand on saura comment elle s'exerce, on découvrira bientôt comment elle se trouble et réciproquement, et l'on aura fait un pas immense dans la connaissance de la nature intime des maladies. Mais aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, tout ce qu'il nous est possible d'en voir, d'en apprécier, d'en constater, c'est que, dans certaines circonstances, elle est augmentée, et que dans d'autres elle est diminuée. Nous voyons en effet des tissus dont l'irritabilité s'accroît sous l'influence de certains agens, et qui sont alors parcourus ou pénétrés par une plus grande quantité de fluides sanguins, lymphatiques, ou nerveux, que dans l'état normal; et dans d'autres circonstances, ce sont les phénomènes contraires que nous observons. Il est évident que, dans le premier cas, tous les phénomènes appréciables de l'action organique sont accrus, et que, dans le second, ils sont diminués. La première de ces modifications matérielles est l'*irritation*, la seconde est l'*asthénie*.

L'irritation consiste donc dans l'augmentation de l'action organique moléculaire, ou organique, des tissus. Cependant, tant que cette augmentation de l'action organique ne dépasse pas certaines limites, elle est compatible avec la santé, et on la désigne de préférence sous les noms d'*excitation*, d'*orgasme*, et quelquefois sous celui d'*irritation physiologique* ou *normale*. Mais aussitôt que les liquides abondent dans un tissu en telle quantité, et que l'irritabilité y est accrue à ce point qu'il ne peut plus remplir librement la fonction qui lui est départie, l'*irritation morbide* commence. L'irritation morbide, ou tout simplement, l'*irritation*, consiste donc dans l'*augmentation de l'action organique moléculaire d'un tissu, au-delà des limites compatibles avec l'exercice libre de sa fonction.* Mais nous ferons observer que, la transition de l'irritation physiologique à l'irritation morbide étant insensible, cette dernière peut exister déjà dans un tissu, sans que le trouble de la fonction soit bien appréciable.

L'irritation (1) est donc un fait primordial en pathologie, comme l'action organique est un fait primordial en physiologie. C'est le premier phénomène morbide que nos sens puissent bien apprécier dans un grand nombre de maladies; c'est le plus général, le plus fréquent de tous; on le retrouve dans la grande majorité des affections, soit comme cause, soit comme effet, soit comme complication : c'es donc par lui que toute étude pathologique doit commencer.

*L'irritation se développe sous l'influence de la plupart des agens de la nature.* Nous avons déjà vu que c'étaient précisément les agens nécessaires à l'entretien de la vie, tels que l'air, l'eau, la chaleur, la lumière, l'électricité et les alimens, qui étaient les causes les plus fréquentes des maladies en général. Ce sont aussi ces causes qui font naître le plus communément l'irritation; mais ce ne sont pas les seules. Toutes les actions physiques et chimiques peuvent aussi la produire; elle se développe fréquemment aussi sous l'influence des affections morales; enfin, on la voit naître assez souvent par l'effet de causes dont la nature est inconnue. Il est digne de remarque que, toutes choses égales d'ailleurs, les irritations qui se développent sous l'influence des agens physiques ou chimiques sont les moins graves et les moins difficiles à guérir; que celles qui sont produites par les causes ordinaires de maladies au milieu desquelles l'homme est incessamment plongé, ont plus de gravité et sont plus rebelles que les premières aux moyens thérapeutiques; et que les troisièmes, celles qui sont provoquées par des affections morales, sont les plus dangereuses et les plus opiniâtres de toutes. Il est facile de se rendre compte de ces faits, en réfléchissant que les agens chimiques et physiques trouvent en général l'organisation parfaitement saine lorsqu'ils viennent à l'altérer; tandis que les autres causes l'ont presque toujours modifiée profondément, et long-temps à l'avance préparée en quelque sorte à l'irritation, lorsque, par une dernière impression, elles viennent y déterminer le développement d'un état morbide. Dans le plus grand nombre des maladies, en effet, on remarque qu'il n'existe pas un rapport bien évident entre l'action de ces causes et les effets qu'elles produisent; tous les jours, par exemple, on voit naître des pleurites, des pneumonies, etc., dont l'apparition n'est pas suffisamment expliquée par les causes qu'on présume les avoir produites, et dont même, dans certains cas, on cherche en vain à découvrir les causes efficientes. Quant aux irritations qui se développent sous l'influence de ces agens dont la nature est inconnue, tels que ceux de la variole, de la scarlatine, etc., elles n'offrent d'autre particularité que d'avoir une marche déterminée et toujours la même.

*L'irritabilité naît, se développe, s'accroît, se transmet, décroit et se dissipe en obéissant aux mêmes lois qui président au developpement régulier de l'action organique.* Cela doit être, puisqu'elle n'en est que l'exagération. Ainsi l'action organique s'exerce sous l'influence des stimulans, et l'irritation naît sous leur action. La première s'harmonise dans tous les tissus par le moyen des sympathies, et la seconde s'étend et se transmet au loin par la même voie. L'action organique languit par l'absence des excitans et par l'influence des sédatifs, et l'irritation décroît et se dissipe dans les mêmes circonstances. Une exception apparente existe à ces lois pour l'action organique, et l'irritation la présente également : c'est ainsi que, par l'action de certains agens sédatifs tels que le froid, la première s'exalte au point de contact par réaction, ou dans un point éloigné par un effet sympathique; et il en est encore de même de l'irritation. Enfin, l'action organique varie en intensité dans les divers tissus, et si elle augmente dans l'un, elle diminue

(1) Chaque fois que nous emploierons le mot *irritation* seul, nous voudrons parler de l'irritation morbide.

proportionnellement dans d'autres ; et c'est aussi ce qui a lieu pour l'irritation. Au reste, pourrait-il en être autrement ? N'est-ce pas le même phénomène dans les deux cas, étudié seulement dans des degrés différens ?

Mais ce n'est pas seulement par la voie des sympathies que l'irritation s'étend et se propage. Circonscrite en général dans un petit espace à son début, tantôt on la voit s'étendre en irradiant tout autour du point d'origine, tantôt elle se propage en se déplaçant ou en gagnant de proche en proche dans un seul sens ; d'autres fois, enfin, elle traverse en quelque sorte l'épaisseur d'un tissu pour se communiquer à un autre qui lui est contigu. Ces trois modes de transmissions, par *irradiation*, *continuité* et *contiguïté*, s'observent fréquemment isolés, et très-fréquemment aussi se montrent réunis dans une même irritation. Mais un fait bien digne de remarque, c'est que *l'irritation se propage dans tous les conduits, en suivant presque toujours la direction des corps qui les parcourent naturellement* (1). Ainsi, l'irritation des veines ne fait en général de progrès qu'en se dirigeant vers le cœur : celle des artères se propage vers la périphérie ; celle des voies digestives descend de l'estomac vers les intestins ; celle des voies aériennes s'étend des fosses nasales aux larynx, de celui-ci à la trachée, puis aux bronches et aux vésicules bronchiques. Il existe sans doute des exceptions à cette loi, mais elles ne font que la confirmer ; car il est remarquable que, lorsque l'irritation suit une progression contraire à celle que nous venons d'indiquer, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, d'une bien plus grande gravité. Ainsi, par exemple, on sait que l'irritation qui remonte du colon aux intestins grêles et à l'estomac est par cela même plus dangereuse que celle qui suit la progression inverse, et que les coryzas fréquens qui surviennent souvent aux phthisiques, sans cause connue, sont plus tenaces et plus douloureux que ceux qui précèdent le développement de la bronchite Cela devait être : car tout phénomène morbide qui sort de la règle commune est déjà grave par cette seule circonstance.

*L'irritation est toujours primitivement locale; jamais elle ne peut exister à la fois dans toutes les parties du corps.* Mais elle peut occuper en même temps deux, trois et même un plus grand nombre d'organes. On remarque toujours alors que la souffrance de l'un de ces organes domine et masque celle des autres. *Duobus laboribus simul existentibus, vehementior obscurat alterum* (Hippocrate). Ce n'est que dans les cas où l'irritation est peu intense, que plusieurs travaux morbides paraissent pouvoir exister ensemble au même degré ; et souvent même alors ils alternent de manière à dominer tour à tour pendant une durée indéterminée et même inégale pour chacun d'eux. Dans la règle, lorsque l'irritation dominante est terminée, l'irritation dominée se réveille et parcourt ses périodes ; dans l'exception, au contraire. toutes les irritations existant simultanément marchent et arrivent ensemble à la terminaison. Dans aucun cas il n'existe de maladies générales.

*L'irritation trouble, dérange, affaiblit la fonction du tissu qu'elle occupe.* Il semble, au premier abord, que l'action organique d'un tissu étant augmentée, sa fonction devrait s'exercer avec plus d'énergie. Mais il est facile de prouver que l'action organique des tissus n'a qu'une action éloignée sur l'exercice de leurs fonctions. Si l'estomac digère, par exemple, ce n'est pas parce que du sang et du fluide nerveux le pénètrent et en partent sans cesse, et parce que les molécules qui le composent se combinent et se disgrègent tour à tour : car les mêmes phénomènes se passent dans le poumon, le foie, les reins, etc., et ces organes ne digèrent pas, ils ont chacun une fonction particulière; et, en outre, ces fonctions ne se suspendant jamais, la fonction devrait être continue, ce qui n'est pas. L'estomac digère, parce que la matière animale y est arrangée en membrane muqueuse, musculeuse et séreuse, en villosités et en cryptes ; parce qu'elle y est configurée en une espèce de sac ; parce que cette poche, ainsi organisée, se trouve dans certains rapports avec d'autres organes, etc. Sa fonction, pas plus que celle d'aucun autre organe, ne dépend donc pas immédiatement de son action organique. Celle-ci n'exerce évidemment qu'une influence indirecte sur celle-là ; et si, venant à s'exalter jusqu'au degré morbide, elle augmente quelquefois l'énergie de la fonction, cela est rare et ne peut pas faire loi; le plus ordinairement, au contraire, la fonction se trouble ou cesse quand l'action organique s'accroît. La raison en est que l'exercice d'une fonction ne peut être régulier qu'autant que l'organisation du tissu qui l'exécute reste dans son état normal. En effet, soit qu'un tissu reçoive trop peu de sang et que sa sensibilité s'émousse, soit qu'il en reçoive trop et qu'il devienne trop irritable, le résultat est le même, il cesse de pouvoir remplir convenablement le rôle qui lui est destiné : un estomac enflammé, comme un estomac asthénié, ne convertit plus les alimens en chyme. Il n'en serait certainement pas ainsi si l'exercice des fonctions dépendait immédiatement de l'action organique.

Si donc l'action organique n'a qu'une influence *indirecte* sur l'exercice des fonctions, il en résulte cette première conséquence : que son action ne doit pas accroître l'énergie de celle-ci. Mais elle produit, disons-nous, l'effet contraire. Pourquoi cela ? C'est parce qu'un certain degré d'irritabilité ou la présence d'une certaine quantité de sang ou d'autres fluides sont, dans tout organe, deux des conditions nécessaires de l'exercice régulier de sa fonction. Que l'irritabilité s'accroisse au-delà de ce degré que nous ne pouvons préciser, que le sang ou d'autres fluides affluent trop abondamment sous l'influence des stimulans, la fonction doit nécessairement se troubler ou cesser, puisque quelques-unes des conditions indispensables pour sa régularité ou son exercice n'existent plus.

Une seule exception existe à cette loi : l'irritation que nous nommerons *nutritive* augmente toujours l'énergie de la fonction, ainsi que nous le verrons en traitant les *hypertrophies*. Nous ne partageons donc pas l'opinion de M. Boisseau, qui dit que,

(1) Depuis que nous avons fait connaître cette loi, des faits nombreux sont venus la confirmer, et aujourd'hui c'est une vérité généralement admise. Nous sommes forcés de dire que c'est nous qui l'avons découverte, puisqu'aucun des auteurs qui l'ont adoptée n'a cru devoir nous rendre cette justice.

dans les tissus irrités, il y a *asthénie de nutrition* et *asthénie de fonction ;* il est trop évident que l'énergie de la fonction s'accroît toujours au contraire quand la *nutrition* devient plus active.

*L'irritation est susceptible de divers degrés d'intensité.* L'habitude seule de l'observer peut apprendre à estimer ces degrés : car elle varie sous ce rapport chez la plupart des individus et dans les divers tissus. Cependant l'étendue qu'elle occupe, la force de la douleur qui l'accompagne, la quantité de fluides qu'elle appelle dans la partie, et l'énergie avec laquelle elle réagit sur les autres organes, peuvent servir à en faire apprécier l'intensité. Plus elle est étendue, plus elle est douloureuse, plus l'appel de fluides est considérable, plus les accidens éloignés qu'elle provoque sont graves, et plus elle est intense. Nous ne possédons pas d'autres mesures pour l'apprécier, et on se borne en général à la distinguer vaguement en *légère*, *moyenne* et *intense*. Tout ce que nous avons dit de la marche des maladies en général lui est applicable. Elle est donc *aiguë* lorsqu'elle développe beaucoup de sympathies et qu'elle parcourt rapidement toutes ses périodes ; *chronique*, dans les circonstances opposées ; *continue*, quand elle marche sans interruption depuis le début jusqu'à la terminaison ; *intermittente*, lorsqu'elle disparaît pendant un, deux, trois ou quatre jours, pour revenir, s'évanouir encore, reparaître, et ainsi de suite d'une manière régulière et périodique un nombre de fois indéterminé ; et *rémittente*, lorsqu'elle participe des deux types précédens, c'est-à-dire, lorsqu'avec des symptômes continus elle présente des accès semblables à ceux des irritations intermittentes.

*L'intensité de l'irritation dépend évidemment et de l'intensité des causes et de l'irritabilité des tissus.* Lorsque les causes sont faibles et les tissus peu irritables, l'irritation est légère ou chronique ; elle est au contraire intense ou aiguë dans les circonstances opposées. On conçoit aussi qu'une irritation forte peut naître sous l'influence d'une cause peu énergique, lorsque cette cause agit sur un organe très-irritable ; et qu'au contraire une irritation légère peut succéder à une cause intense, si son action a eu lieu sur des parties douées de peu d'irritabilité.

*La continuité est la forme sous laquelle l'irritation se manifeste le plus ordinairement.* On en a demandé la cause ; elle nous paraît simple. Un agent d'excitation vient à exercer son action sur un tissu ; il y exalte l'irritabilité et y détermine un appel de fluides : c'est en vain qu'il cesse ensuite d'agir : la douleur persiste, entretenue par l'abord trop considérable et continu des fluides, comme celui-ci se continue par elle, en vertu de la loi *Ubi dolor, ibi fluxus* (Hippocrate). Et cet enchaînement de cause et d'effet persiste, jusqu'à ce que l'art fasse cesser l'un des deux phénomènes en empêchant l'autre, ou jusqu'à ce qu'ils s'affaiblissent et s'usent pour ainsi dire d'eux-mêmes.

*Toutes les irritations que l'on observe sous forme continue peuvent exister et existent en effet sous forme intermittente.* Mais les causes de l'intermittence de l'irritation ne sont pas aussi palpables que celles de sa continuité. Cependant elles ne sont pas mystérieuses, comme on l'a répété tant de fois. Nous pensons, 1° que *ce sont presque toujours des causes intermittentes dans leur action qui préparent les irritations offrant ce caractère* ; 2° que *ces irritations sont favorisées dans quelques organes par l'intermittence de leurs fonctions* ; 3° que *ce sont presque toujours des causes intermittentes qui les font naître* ; 4° *que tantôt la persistance des causes*, *tantot l'influence de l'habitude, et souvent ces deux actions réunies, les entretiennent*; 5° enfin, que *les irritations intermittentes qui ne dépendent pas des causes précédentes, doivent ce caractère à une circonstance qui les accompagne.* Essayons de démontrer ces propositions.

Les irritations intermittentes, disons-nous, reconnaissent toujours pour causes prédisposantes des causes intermittentes elles-mêmes. En effet, le printemps et l'automne sont les époques de l'année pendant lesquelles se développent le plus ordinairement ces affections. Celles mêmes qui sont produites par les miasmes marécageux naissent presque toujours dans cette dernière saison. Or, le caractère commun à ces deux saisons, c'est de présenter une différence considérable entre la température du jour et celle du soir et de la nuit, et souvent en peu d'heures trois ou quatre variations très-sensibles dans la température et l'état hygrométrique de l'air. Quels peuvent donc être sur le corps humain les effets de ces fréquentes vicissitudes atmosphériques, de ces alternatives rapides et répétées de froidure et de chaleur, de sécheresse et d'humidité ? C'est évidemment d'y entretenir une alternative continuelle d'action et de réaction dont il ne tardera pas à contracter l'habitude. Ainsi une impression de froid vient frapper la peau, elle se crispe et pâlit ; un instant après la chaleur l'atteint à son tour, cette membrane s'épanouit et se colore. Ne sont-ce pas là les rudimens, si nous pouvons nous exprimer ainsi, des premiers phénomènes d'un accès d'irritation intermittente ? La nuit met un terme à ces impressions ; mais le lendemain et les jours suivans elles se renouvellent et sont nécessairement suivies des mêmes effets, et ainsi s'établit naturellement l'intermittence. Or, que chez un individu, ainsi modifié plusieurs jours de suite, prédisposé de la sorte à contracter l'irritation sous forme intermittente, un stimulus vienne agir sur un organe quelconque, on conçoit déjà sans peine que la souffrance de cet organe puisse prendre le caractère de l'intermittence, surtout si la fonction de cet organe est elle-même intermittente. Il est de remarque, en effet, que ce sont en général les organes dans lesquels cette intermittence d'action en santé est le plus marquée, qui sont le plus fréquemment atteints d'irritations périodiques. Ainsi l'estomac vient en première ligne, puis les articulations, ensuite les yeux, etc. (1). C'est ainsi que se forment la plupart des irritations intermittentes sporadiques.

Mais cette théorie va devenir d'une évidence plus frappante, si nous passons à l'étude de l'étiologie des irritations intermittentes des marais. Nous venons de voir l'intermittence des causes

(1) *Voyez* notre *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres ;* Paris, 1821, pag. 161 et 162.

prédisposantes introduire dans l'économie une véritable habitude d'excitation et de sédation alternatives, qui se conserve dans la manifestation des phénomènes morbides; nous allons voir maintenant le stimulus qui produit la maladie agir lui-même d'une manière périodique; il nous paraîtra tout naturel dès lors qu'à un agent irritant dont l'action est intermittente, succède une irritation qui le soit également.

Tous les médecins savent qu'il est beaucoup plus dangereux de se promener auprès d'un marais, à la chute du serein, qu'à toute autre heure du jour; tous savent que l'on peut traverser impunément les Marais-Pontins, par exemple, dans le courant de la journée, tandis qu'on ne s'y arrête jamais sans danger après six heures du soir. M. le docteur Boisseau nous a raconté qu'un pharmacien militaire de sa connaissance put impunément, pendant plusieurs jours de suite, et aux heures de la plus grande chaleur, agiter la vase de ces marais et rester au milieu des miasmes qui s'en exhalaient en abondance. Il suffirait donc déjà de ces faits pour établir que l'action des miasmes est nulle ou presque nulle pendant une partie de la journée, tandis qu'elle s'exerce dans toute sa force à une heure toujours à peu près la même, ou en d'autres termes, que cette action est intermittente. Mais comme on ne saurait s'entourer de trop de preuves lorsqu'on avance des opinions nouvelles, nous allons nous livrer à l'analyse attentive de ces mêmes faits.

Produits de la putréfaction des débris d'animaux et de végétaux morts dans les marais, les miasmes se dégagent principalement et en plus grande quantité aux heures de la plus forte chaleur du jour. D'une part, le calorique hâte le développement, et de l'autre, il augmente l'évaporation de l'eau qui en est le véhicule, ainsi qu'il résulte des expériences concluantes de M. Rigaud de l'Isle. Rien de tout cela ne saurait être un sujet de contestation. Ces agens délétères sont donc emportés par l'eau réduite en vapeur et mêlés avec elle à la couche d'air la plus voisine. Mais cette couche d'air s'échauffe bientôt, se raréfie, devient plus légère que celles qui sont au dessus d'elle: elle s'élève par conséquent, et fait place à une seconde, qui se sature comme elle de la vapeur infectée. Celle-ci se dilate et s'élève à son tour, est remplacée par une troisième, et ainsi de suite, tant que le soleil communique à la terre plus de calorique qu'elle n'en perd par le rayonnement. Mais aussitôt que cet astre s'est abaissé au dessous de l'horizon, la terre rayonne vers l'espace qui ne lui renvoie rien si le ciel est sans nuages; elle se refroidit donc peu à peu, et abaisse par conséquent la température des couches d'air qui en sont les plus rapprochées. Il en résulte que ces couches d'air se condensent; et comme elles sont saturées de la vapeur tenant en dissolution les miasmes, puisqu'elles sont ou viennent d'être en contact avec la surface humide du marais, elles en déposent immédiatement une quantité proportionnelle au volume dont elles ont diminué. Plus le refroidissement de la terre augmente, plus l'air se refroidit aussi et diminue de volume, plus en même temps il y a de vapeur condensée et mise en liberté, et plus grande est la quantité de miasmes déposés sur une surface et dans un temps donné. Or, il nous est facile de concevoir, d'après cela, pourquoi l'influence des miasmes marécageux est nulle ou à peu près au moment de leur plus fort dégagement, et si énergique à la chute du jour. Dans le premier cas, ils sont raréfiés, l'air est trop échauffé pour que la vapeur qui les dissout puisse se condenser et les déposer sur aucun corps, et en outre ils sont rapidement entraînés à une certaine hauteur dans l'atmosphère. Dans le second cas, au contraire, ils sont rassemblés en grande quantité sous le plus petit volume possible; l'eau qui leur sert de véhicule se condense sans cesse, et ils sont continuellement déposés sur toutes nos surfaces de rapport, la peau, les voies pulmonaires, et les voies digestives. D'où il suit que dans une circonstance tout s'oppose à ce qu'ils puissent exercer aucune action, et dans l'autre tout favorise leur influence délétère. Ainsi se trouve démontrée, en même temps qu'expliquée, l'intermittence d'action de ces agens.

Les accès des irritations intermittentes se répètent, avons-nous dit, tantôt par l'influence de l'habitude, tantôt parce que les causes se renouvellent, et souvent par ces deux actions réunies: peu de mots suffiront pour en donner la preuve.

Aucun médecin ne nie la puissance de l'habitude dans la reproduction des accès d'irritations intermittentes; mais tous la restreignent au cas où la maladie est déjà ancienne. Cependant il est évident, d'après tout ce qui précède, que l'habitude existe souvent déjà lorsque le premier accès se manifeste; et ce n'est même que par elle que l'on peut se rendre compte raisonnablement de l'apparition d'un second et d'un troisième accès, quand le malade a été soustrait à l'action des causes immédiatement après le premier. Ainsi, par exemple, on campe un régiment sur le bord d'un étang ou sous le vent d'un marais; beaucoup de soldats sont bientôt atteints d'irritations intermittentes; on les dirige sur un hôpital voisin, et la moitié guérit en route, tandis que l'autre moitié conserve la maladie. Nous citons ce fait, parce qu'il s'est présenté souvent dans nos armées. Comment expliquer, chez ces derniers, la répétition des accès en l'absence des causes, autrement que par l'influence de l'habitude? Dira-t-on que les miasmes marécageux possèdent une propriété spécifique, en vertu de laquelle ils donnent naissance à des maladies revenant par accès, comme le venin de la petite-vérole développe cette maladie? Mais les effluves des marais ne sont pas les seules causes des irritations intermittentes; il faudra donc dès lors accorder la même propriété aux autres agens qui peuvent produire ces maladies. Or, par cela même, la prétendue spécificité disparaît, et l'on revient naturellement et malgré soi à l'étude du *mode d'action* de ces différentes causes, si l'on veut en expliquer les effets. En fait d'ailleurs, cette spécificité n'existe pas: car les émanations marécageuses produisent assez souvent des irritations continues, ce qui ne devrait pas avoir lieu dans la supposition que nous combattons. On sait que l'étranger qui s'endort dans la Campagne de Rome contracte plutôt une affection continue promptement mortelle,

qu'une maladie intermittente. La fièvre jaune et la peste sont bien des maladies continues, et cependant elles sont produites par des miasmes très-probablement de même nature, mais seulement plus actifs que ceux qui produisent des irritations intermittentes. Que devient dans tous ces cas la spécificité? Elle est évidemment inadmissible; c'est une supposition sans fondement. Dira-t-on aussi que les accès se répètent en vertu d'une *modification particulière* du tissu dont la lésion cause le trouble général? Quoi de plus vague? Quel phénomène vital, si minime qu'il soit, qui ne dépende d'une *modification particulière* d'un tissu? N'est-ce pas là se payer de mots? C'est donc évidemment en vertu de cette tendance de tous nos tissus à répéter certains actes, par cela seul qu'ils les ont déjà exécutés plusieurs fois, tendance reconnue par tous les physiologistes, et qui devient même la source de la précision qu'acquièrent tous les actes de notre économie; c'est disons-nous, par l'effet de cette tendance qui, mise en action, prend le nom d'*habitude*, que des accès d'irritation se renouvellent, quoique la cause qui a fait naître les premiers ait cessé d'agir. Cette habitude est souvent établie lorsque le premier accès se déclare, parce que déjà l'action des causes s'est exercée plusieurs fois avant de produire un effet morbide, et que chaque fois elle a été suivie de réaction.

Mais les accès sont quelquefois indépendans les uns des autres, et ne se répètent que parce que les causes se renouvellent. Dans l'exemple que nous avons choisi, il est évident qu'il en est ainsi chez les hommes qui guérissent par le seul fait de leur éloignement du marais; chaque accès est bien alors le résultat de chaque nouvelle impression des miasmes, puisqu'il cesse de s'en manifester quand cette impression cesse de se répéter : ce qui revient à dire que l'habitude n'est pas encore établie. Il en est de même quand les accès offrent entre eux un intervalle de dix, quinze, vingt, trente jours et plus; ce sont autant d'affections séparées dont chacune porte avec elle toutes ses conditions d'existence. Enfin, les accès sont souvent entretenus tout à la fois par l'influence de l'habitude et par l'action répétée des miasmes : c'est ce qui a lieu chez les malades qui continuent d'habiter dans le foyer d'infection.

Quelques irritations intermittentes qui se développent dans le sein des villes, quelquefois pendant la température la plus uniforme, sous l'influence d'une cause brusque, telle qu'une frayeur, une averse, semblent ne pas être les effets d'agens intermittens. Mais nous pensons qu'elles sont également produites ou au moins préparées par des causes périodiques que l'on ne remarque pas. Citons d'abord un fait à l'appui. Un médecin sentit son appétit s'accroître pendant les grands froids de l'hiver de 1820, au point qu'il pouvait à peine le satisfaire. Pendant quelques jours il put impunément manger beaucoup plus que de coutume; mais bientôt ses digestions du soir commencèrent à devenir pénibles, puis douloureuses, et la dernière le fut tellement, qu'il résolut de faire diète absolue le lendemain. Il le fit : mais sa résolution avait été trop tardive; l'impulsion était donnée, et, dès le soir même, à peu près à l'heure à laquelle il ressentait, les jours précédens, le malaise qui accompagnait ses digestions, il fut pris d'un accès d'irritation intermittente qui dura quatre heures; les jours suivans, de nouveaux accès eurent lieu; il prévint le quatrième. N'est-il pas évident qu'ici la cause a été intermittente? et n'est-il pas plus que probable, en même temps, que son action périodique n'eût pas été remarquée, si le malade n'eût pas été un médecin? Nous ne doutons pas qu'il n'en soit de même dans la très-grande majorité des cas : car il nous paraît difficile que des effets intermittens ne dépendent pas des causes intermittentes. Que l'on interroge avec soin les malades, et l'on apprendra qu'avant de le devenir, celui-ci cherchait chaque jour à réveiller par des mets de haut goût son appétit diminué, celui-là remplaçait par des spiritueux, dans l'intention de *se soutenir*, ce que son estomac refusait d'alimens sur la dose habituelle; cet autre s'enivrait; un quatrième abusait du café, etc., etc.; et que tous commettaient ces infractions aux lois de l'hygiène à des heures à peu près fixes, parce que tout est réglé dans la vie sociale, soit par l'habitude, soit par la nécessité de distribuer l'emploi de son temps.

Quant à ces névralgies intermittentes dont les causes productrices sont instantanées, telles qu'un coup, l'avulsion d'une dent, elles paraissent se dérober à la théorie que nous venons d'exposer. Cependant il ne serait peut-être pas si déraisonnable de soutenir que la tendance à reproduire les sensations éprouvées est si grande dans le système nerveux de certains individus, qu'il suffit qu'une impression soit un peu forte pour que la sensation qui l'accompagne se renouvelle d'elle-même le lendemain et les jours suivans. Ces faits se rapprocheraient dès lors de ceux de l'habitude.

Enfin, certaines irritations intermittentes doivent ce caractère à une circonstance dont elles sont accompagnées; telles sont les irritations hémorragiques. Dans ces maladies, chaque écoulement de sang détruit l'irritation qui le provoque; il ne peut plus par conséquent se reproduire tant que celle-ci n'est pas ranimée, mais il reparaît avec elle aussitôt qu'elle a repris son intensité première : il la détruit encore, et ainsi de suite. Tels sont encore les accès de certains *croups*. L'accès survient lorsque le larynx est engoué par la mucosité, il cesse après qu'elle a été rejetée, il se renouvelle aussitôt qu'elle a eu le temps de se reproduire en assez grande quantité, et peut cesser de se reproduire ainsi plusieurs fois de suite par ce mécanisme.

Cette théorie explique d'une manière satisfaisante, selon nous, l'intermittence des maladies. Mais une difficulté se présente : pourquoi les types, les intervalles entre les accès des irritations intermittentes, sont-ils souvent différens chez les individus infectés dans un même marais? pourquoi, en un mot, l'irritation est-elle quotidienne chez celui-ci, tierce chez celui-là, quarte chez un autre, etc., le mode d'action de la cause paraissant uniforme pour tous? La raison en est simple : c'est parce que, d'une part, l'aptitude à contracter les maladies est différente chez la plupart des individus, et que, par

conséquent, bien que sous l'influence des mêmes causes, les résultats doivent cependant varier comme les individus eux-mêmes : en second lieu, c'est parce que l'action de ces causes n'est pas la même pour tous ; il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que tous les hommes qui habitent un même marais se livrassent aux mêmes occupations, et vinssent s'exposer dans des circonstances pareilles aux mêmes influences périodiques ; il faudrait qu'ils se nourrissent, se vêtissent tous, et chaque jour, de la même manière, afin d'opposer chaque jour une même résistance aux miasmes, etc., etc. Or rien de tout cela n'a lieu ; il est donc naturel qu'on ne retrouve pas, dans les effets, une uniformité qui n'existe ni dans l'action des causes, ni dans les aptitudes à en ressentir l'influence.

*L'irritation est susceptible de six modifications principales.* En d'autres termes, les phénomènes locaux qui accompagnent l'irritation, la montrent seulement sous six aspects différens bien appréciables. Dans le plus grand nombre des cas, la partie qui en est le siége est douloureuse, elle s'échauffe, se gonfle et rougit par l'abord plus considérable du sang dans le système capillaire qui lui est propre : on appelle cette forme de l'irritation *inflammation, phlegmasie.* Quelquefois le tissu douloureux, chaud et tuméfié, laisse échapper le sang par sa surface ou au milieu de sa substance : cette autre forme de l'irritation a reçu le nom d'*hémorragie.* Dans d'autres circonstances, la douleur est peu vive, la chaleur à peine augmentée, le tissu ne se colore pas en rouge, mais il se tuméfie et prend une couleur blanche homogène ; il offre en un mot un aspect tel, qu'il semble que les fluides blancs aient seuls pénétré son système capillaire, de même que dans l'inflammation le sang seul paraît y aborder : cette troisième forme de l'irritation est appelée *sub-inflammation* (1). Quelquefois le tissu est seulement douloureux ; il ne s'y manifeste ni changement de couleur, ni augmentation de volume appréciables, et, loin d'être accrue, la chaleur est quelquefois au dessous de l'état normal : on nomme *névrose* cette quatrième forme de l'irritation. Dans quelques cas, l'irritation, à peine élevée au dessus du degré physiologique, borne ses effets à augmenter à l'excès, par sa continuation, la nutrition du tissu où elle siége ; on la nomme alors *irritation nutritive* ou *hypertrophie.* Enfin, elle ne se manifeste quelquefois que par l'augmentation de la sécrétion du tissu qu'elle occupe ; on la distingue, dans ce cas, par l'épithète de *sécrétoire*, ou par le nom d'*hyperdiacrisie.* L'inflammation est donc : *l'irritation avec appel plus considérable de sang que des autres fluides ;* l'hémorragie, *l'irritation avec issue* ou épanchement *du sang à la surface ou dans la substance des tissus ;* la sub-inflammation, *l'irritation avec appel plus considérable des fluides blancs que de sang ;* la névrose, *l'irritation sans appel appréciable de fluides, et paraissant par conséquent bornée à un simple accroissement de l'influx nerveux ;* l'hypertrophie, *l'irritation avec simple accroissement de la nutrition d'un organe ou d'un tissu ;* l'hyperdiacrisie, *l'irritation accompagnée seulement d'une augmentation de la sécrétion d'une partie.* Nous ne disons pas que l'inflammation ait son siége dans les capillaires rouges, la sub-inflammation dans les capillaires blancs, la névrose dans les capillaires nerveux, l'irritation sécrétoire dans les vaisseaux sécréteurs : cela nous semble hypothétique. Dans un tissu irrité, vaisseaux blancs, extrémités nerveuses et capillaires sanguins, sont également le siége de l'irritation, puisque l'action de tous est augmentée ; mais l'appel du sang ou celui des liquides blancs, ou la douleur, prédominent, et ce sont ces différences que nous constatons.

Tous ces phénomènes morbides ne sont bien évidemment que l'exagération des phénomènes physiologiques ; ils ne diffèrent de ceux-ci que par le degré ; et ce qui le prouve, c'est que des uns aux autres la transition ne peut pas être saisie, et qu'il est toujours difficile, pour ne pas dire plus, de poser la limite où les phénomènes physiologiques finissent, et de fixer le point où les phénomènes morbides commencent. Ainsi, de la coloration normale des joues à leur inflammation, la transition est insensible ; elle l'est encore de la nutrition normale à l'hypertrophie, du flux menstruel à l'hémorrhagie, de la sueur ordinaire à la sueur morbide, et de l'action nerveuse régulière à la névrose.

Il arrive fréquemment que ces formes diverses de l'irritation se succèdent, se remplacent, se confondent, que l'inflammation succède à la névrose, l'hypertrophie à l'inflammation, etc., et quelquefois que l'on ne peut pas les distinguer entre elles ; mais il suffit que, dans le plus grand nombre des cas, on les observe chacune avec ses signes propres, et réclamant ses indications curatives spéciales, pour justifier, pour commander même leur séparation dans l'étude. Remarquons d'ailleurs que les caractères qui les distinguent sont bien tranchés dans les degrés élevés et moyens d'intensité, et qu'ils ne s'effacent que dans les nuances les plus rapprochées de l'état de santé, c'est-à-dire au point commun de départ, l'irritation.

N'y a-t-il entre toutes ces formes de l'irritation que des différences de degré ? Pour résoudre ce problème par l'affirmative, il faudrait pouvoir graduer l'irritation, et cela ne se peut pas. En spéculation, on peut bien dire que l'irritation *nutritive* occupe le bas de l'échelle, l'irritation *sécrétoire* le second degré, l'irritation *hémorragique* le troisième, l'irritation *nerveuse* le quatrième, et l'irritation *inflammatoire* le sommet. Mais quand, interrogeant les faits, on vient à voir des irritations inflammatoires aussi sourdes et aussi latentes que des irritations nutritives ; quand on remarque qu'une irritation qui s'accroît lentement jusqu'au degré inflammatoire ne passe jamais, ou presque jamais, par les formes *nutritive*, *sécrétoire*, etc., ce qui devrait toujours avoir lieu si ces irritations n'étaient que des degrés divers d'un même état morbide ; quand on remarque encore qu'une inflammation, en décroissant lentement, ne devient pas successivement une hémorragie, une irritation sécrétoire, et enfin une hypertrophie ; enfin,

(1) Nous pensons qu'il serait utile de créer un autre mot pour exprimer cet état morbide.

quand on observe fréquemment réunies dans un même point d'un même tissu une névrose et une inflammation, une inflammation et une hémorragie, une irritation sécrétoire avec une névrose ou une phlegmasie, etc., ce qui n'aurait jamais lieu si ces états morbides n'étaient que des degrés les uns des autres : on ne peut plus prétendre qu'il n'existe entre eux que des différences de degrés. Ce sont autant de formes particulières de l'irritation, qui dépendent de ce que l'action organique étant une action très-complexe, peut s'exalter dans chacun des actes qui la composent, ou s'exalter dans plusieurs, ou enfin dans tous à la fois. Mais il est évident que la nature de l'irritation ne change pas pour cela : elle consiste toujours dans l'augmentation de l'action organique, seulement elle est modifiée dans son mode de manifestation (1).

Ainsi donc, à siége unique ou multiple, légère, moyenne, intense, aiguë, chronique, continue, intermittente, rémittente, inflammatoire, hémorragique, sub-inflammatoire, nerveuse, nutritive et sécrétoire, tels sont les principaux modes de l'irritation. De là résultent les différences les plus nombreuses de la très-grande majorité des maladies. Que l'on ajoute à cela les modifications que viennent apporter la diversité de texture des tissus, les tempéramens, les idiosyncrasies, les âges, les sexes, les climats, les saisons, etc. ; que l'on réfléchisse aux nombreuses combinaisons de symptômes que peuvent produire toutes ces circonstances, et l'on concevra sans peine alors comment l'immense variété des maladies que nous allons étudier dans cette classe, n'est qu'apparente quant au fond, et n'empêche pas qu'elles aient toutes la même nature, qu'elles reconnaissent toutes pour cause prochaine l'*irritation* (2). Jetons un coup d'œil sur les modifications principales que ces circonstances lui impriment.

L'*irritation* bornée à un seul tissu, si elle est en même temps légère ou chronique, ne trouble en général que la fonction de ce tissu. Elle n'a donc qu'un petit nombre de symptômes, et ils peuvent être tellement obscurs, qu'il soit difficile de remonter à leur source ( voyez *Diagnostic* ). Si elle est intense ou aiguë, au contraire, elle se transmet à divers points de l'économie, en vertu des liens qui unissent entre eux tous les organes, elle trouble plusieurs fonctions et se manifeste au dehors par une foule de symptômes variés ( voyez *Sympathies*). Elle se comporte alors comme dans le cas où il existe plusieurs irritations en même temps, c'est qu'en effet, dans l'un comme dans l'autre cas, elle occupe plusieurs tissus à la fois.

L'irritation aiguë et continue peut offrir, au début, le frisson ; à sa terminaison, les sueurs ; pendant son cours, les périodes d'augment, d'état et de déclin dont nous avons parlé en traitant d'une manière générale de la marche des maladies, et cela dans des circonstances que nous avons indiquées alors ; mais elle peut aussi ne présenter ni le premier ni le second de ces phénomènes, ou bien offrir l'un et pas l'autre, ou bien encore être accompagnée de sueurs et de frissons alternatifs pendant son cours ; elle peut manquer de période d'augment, ou d'état, ou de déclin. Intermittente, elle est susceptible de revêtir tous les types que nous avons fait connaître et que nous avons admis, l'accès peut ne consister que dans un long frisson, ou n'offrir que la période de chaleur, ou ne présenter que celle de la sueur. Rémittente, enfin, elle revêt toutes les formes précédentes. De là des modifications sans nombre dans son mode de manifestation, mais qui ne changent rien à sa nature. Enfin, elle est modifiée dans sa nature même et dans quelques uns de ses symptômes par le fait d'être inflammatoire, hémorragique, sub-inflammatoire, nerveuse, nutritive ou sécrétoire. Mais les modifications les plus nombreuses et les plus importantes de l'irritation sont celles qu'elle reçoit de la diversité des tissus ; celles-là constituent les espèces, établissent les différences fondamentales entre toutes les irritations et déterminent leur siége ; leur histoire est celle de toutes les maladies et ne saurait être faite d'une manière générale. Cependant quelques considérations sont ici nécessaires.

Seize tissus, combinés deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, forment tous nos organes. On les nomme cellulaire, nerveux, vasculaire, sanguin, lymphatique, cutané, muqueux, séreux, synovial, glandulaire, musculaire, fibreux, cartilagineux, fibro-cartilagineux, osseux, épidermoïde et pileux. Tous n'ont pas la même importance. Les quatre premiers sont élémentaires : c'est donc par l'étude de leurs maladies que nous devons commencer. Les dix suivans sont des tissus composés, résultant presque toujours de la combinaison des premiers. Les deux derniers enfin sont presque inorganiques. Outre cette distinction des tissus en *élémentaires*, *composés* et *inorganiques*, on devrait peut-être, en anatomie générale, considérer le tissu cellulaire comme le système *générateur* ; le nerveux, comme le système *animateur* ; les tissus sanguin et lymphatique, comme systèmes *nourriciers*, etc. ; mais la première division suffit à notre but.

Ces tissus sont loin d'être également impressionnables à l'action des causes, parce qu'ils ne sont pas doués de la vie au même degré. Il résulte de là, non-seulement qu'ils ne contractent pas l'irritation avec la même facilité, mais encore, comme

(1) M. Boisseau, après avoir professé que les formes inflammatoire, hémorragique, etc, de l'irritation ne diffèrent que par le degré, adopte aujourd'hui notre opinion. V. *Journal univ. des Sciences médicales*, t. XLIV, déc. 1826.

(2) Si l'on disait à un homme qui connaîtrait tous les phénomènes chimiques sans en posséder la théorie, qu'une seule force, l'affinité, modifiée par sept causes seulement, savoir : les quantités relatives des corps entre lesquels la combinaison peut avoir lieu, les combinaisons dans lesquelles ils peuvent être engagés, la cohésion, le calorique, l'état électrique, la pesanteur spécifique et la pression ; que cette force unique, disons-nous, suffit pour expliquer les phénomènes si nombreux, si variés, si opposés en apparence dont se compose le domaine de la chimie, il se récrierait, sans doute, contre ce qu'il appellerait *la manie de généraliser*. Aurait-il raison cependant ? Nous demandons si les antagonistes de la théorie de l'*irritation* ont fait la réflexion qu'ils pourraient bien être dans le cas de cet homme.

nous venons de le dire, qu'elle reçoit de chacun d'eux des modifications particulières. Ainsi, très-douloureuse en général à la peau, rapide dans sa marche, et facile à guérir, on la voit au contraire presque toujours indolente dans les os, de marche lente, et d'une opiniâtreté remarquable; et dans chaque tissu, elle présente de la sorte quelque modification particulière en rapport avec la vitalité de ce tissu. Nous aurons soin de signaler plus tard ces particularités. Mais nous devons, dès à présent, fixer un instant notre attention sur les grandes modifications que la prédominance de l'un ou de plusieurs de ces tissus, ou des organes qu'ils concourént à former, imprime aux individus, modifications d'où résultent les tempéramens et les idiosyncrasies, et par suite, des dispositions plus marquées à contracter certaines irritations plutôt que d'autres Entrons dans quelques détails.

Les systèmes cellulaire, nerveux, vasculaire, sanguin et lymphatique sont répandus dans toute l'économie, et il n'est pas d'organe dans lequel on ne les retrouve ou dans lequel on ne soit forcé d'en supposer l'existence; le dernier seul paraît présenter quelques exceptions. Diversement combinés, ils forment la trame de tous les autres tissus, excepté l'épidermoïde et le pileux. Ils sont donc, comme nous l'avons déjà dit, les tissus élémentaires de l'organisation. Mais, hors des parties qu'ils concourent à former, ils constituent des systèmes isolés, susceptibles de maladies propres, et surtout d'irritations.

De la prédominance de l'un des trois systèmes, nerveux, sanguin et lymphatique, naissent les tempéramens simples (1); et de la suractivité de deux d'entre eux ou de tous les trois, chez le même individu, résultent les tempéramens mixtes. La prédominance du tissu cellulaire ne constitue pas un tempérament particulier. Il n'entre pas dans notre objet de tracer les caractères de ces prédominances, tant qu'elles ne s'élèvent pas au dessus du degré qui les rend compatibles avec la santé. Jusque là elles sont du domaine de la physiologie. Mais souvent elles deviennent fortes à ce point de constituer en quelque sorte un état intermédiaire à la santé et à la maladie, et de former fréquemment le passage de l'une à l'autre; on les désigne alors sous les noms d'*obésité, exaltation nerveuse* ou *irritabilité excessive*, *pléthore sanguine* et *pléthore lymphatique*. Ces divers états prédisposent à des irritations de formes différentes, et leur donnent en général un cachet particulier.

L'*obésité* est cet état dans lequel le corps a pris un tel accroissement par l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire, que les mouvemens en sont rendus difficiles; c'est une véritable irritation nutritive. On en connaît peu les causes; cependant on sait qu'une très-grande activité des organes de la digestion, l'usage des mets succulens, celui des boissons chaudes et sucrées, le repos, l'oisiveté ou l'exercice modéré de l'équitation, le séjour au milieu des émanations animales, comme dans les boucheries, la perte d'un membre, la castration, l'usage continu des bains chauds, l'abus des saignées, le sommeil trop prolongé, surtout après le repas, et le calme des passions, peuvent la produire. Mais il faut en outre une prédisposition dans l'individu; elle paraît consister dans une grande activité du tissu cellulaire et le peu d'irritabilité du système nerveux. Il est digne de remarque que la plupart des hommes qui se surchargent ainsi de graisse avec facilité sont de profonds égoïstes. L'obésité est facile à reconnaître au volume qu'acquièrent toutes les parties du corps, et principalement l'abdomen, les mamelles et le cou, à la forme arrondie des membres, aux sillons demi-circulaires qui se font remarquer au milieu des cuisses, autour du ventre en passant sur l'ombilic, au cou, principalement à sa partie postérieure, sous le menton, et dans d'autres parties du corps; enfin, à la blancheur, la rénitence, le poli et l'éclat de la peau. En général les individus qui en sont atteints à un haut degré sont apathiques; ils ont de la répugnance au mouvement; ils n'ont que des sensations obtuses; leur intelligence est paresseuse, et ils dorment sans cesse. Les irritations dont ils sont affectés sont en général peu douloureuses; concentrées dans le tissu ou l'organe qu'elles occupent, elles réagissent peu sur les autres tissus, se terminent souvent par suppuration; et par les ravages sourds et cachés qu'elles opèrent, elles compromettent fréquemment la vie des individus lorsqu'on n'en soupçonne pas même encore toute la gravité.

L'*exaltation nerveuse* ou l'*irritabilité excessive* est le plus haut degré du tempérament nerveux. Les individus qui offrent cet état sont ordinairement maigres, secs; ils ont la peau terne, le pouls vif, les mouvemens brusques. On les voit continuellement agités, sujets à de petites impatiences pour les motifs les plus frivoles; la plus légère impression de froid ou de chaud est pour eux une cause de douleur; en quelque point du corps qu'on les touche, on produit le chatouillement ou le tressaillement, et la première de ces sensations devient promptement douloureuse; enfin, ils éprouvent dans les membres des crispations, des inquiétudes, et quelquefois un état de malaise indéfinissable, sensations qui augmentent surtout à l'approche des orages. Les causes qui contribuent le plus à exalter ainsi un tempérament déjà nerveux, sont les veilles prolongées et passées surtout dans la dissipation ou plutôt dans l'ennui des salons; l'abus du café, les passions haineuses, les excès vénériens et la masturbation. Cet état dispose à contracter des névroses avec la plus grande facilité; et s'il vient des phlegmasies aux individus chez lesquels on l'observe, elles s'accompagnent toujours de phénomènes dits *nerveux*, *malins*, *ataxiques*, qui en augmentent beaucoup la gravité. De vives douleurs accompagnent ordinairement les irritations des hommes ainsi organisés; un grand nombre d'organes prend communément part à la souffrance de celui qui est affecté primitivement, et il en résulte qu'on s'exagère presque toujours l'intensité de ces irritations;

(1) *Voyez*, pour de plus grands détails sur les tempéramens, l'ouvrage du docteur Begin, intitulé : *Principes généraux de physiologie pathologique*. Le talent avec lequel ce point de physiologie y est traité, fait regretter que l'auteur ait omis de parler des tempéramens mixtes : *nervoso-sanguin*, *nervoso-lymphatique*, *lymphatico-sanguin*, et *nervoso-sanguin-lymphatique*.

leur marche est très rapide, mais presque toujours désordonnée.

La *pléthore sanguine* n'est autre chose que la prédominance du système sanguin, ou le tempérament sanguin porté à l'excès. On l'observe surtout chez les adolescens et les adultes. On la reconnaît aux signes suivans : état d'embonpoint, fermeté des chairs, coloration rosée de la peau du corps et en rouge vif à la face, développement considérable des vaisseaux sanguins, sentiment de plénitude et de tension qu'ils font éprouver à l'individu, force, largeur et plénitude du pouls, énergie des battemens du cœur, pesanteur des membres, tendance au sommeil, vertiges, étourdissemens, et enfin hémorragies nasales fréquentes. Cet état n'est pas encore la maladie, mais ce n'est déjà plus la santé. La première cause est dans la constitution de l'individu : car il est des hommes qui ne deviennent jamais pléthoriques, quoique soumis aux influences qui produisent ordinairement cet état. L'usage des alimens trop excitans, trop substantiels, le régime exclusivement animal, les repas trop copieux, les vins généreux, l'air vif, sec et froid, l'habitation dans les contrées du nord, jointes à l'oisiveté, au défaut d'exercice et au séjour trop prolongé dans le lit, en sont les causes ordinaires. L'ablation d'un membre peut aussi la produire. Elle dispose éminemment aux inflammations et aux hémorragies; aussi est-il toujours prudent de la détruire; elle est d'ailleurs assez incommode par elle-même pour exiger des soins; mais les irritations auxquelles elle prédispose sont ordinairement franches, faciles à apprécier sous le rapport de l'intensité, parce que les symptômes qu'elles provoquent sont l'expression assez fidèle du degré de leur force; elles marchent rapidement vers la terminaison, et d'une manière régulière.

La *pléthore lymphatique*, enfin, est l'exagération du tempérament du même nom; on l'observe surtout chez les enfans et les femmes. L'embonpoint, joint à la mollesse et à la flaccidité des chairs, la pâleur de la peau, la rondeur des formes, la grosseur des articulations, la lenteur et le peu d'énergie des mouvemens musculaires, la tendance à l'inaction, enfin l'apparition et la disparition fréquente de tumeurs indolentes au cou et aux aines, sont les signes auxquels on ne saurait méconnaître cet état. Il est produit par l'abus des alimens farineux, aqueux, et le régime exclusivement végétal, joints à l'habitation dans les lieux sombres, humides et froids : mais une prédisposition est nécessaire pour le contracter. Les irritations auxquelles cet état prédispose sont d'une lenteur remarquable; elles provoquent en général une douleur médiocre, elles laissent stagner les fluides dans les tissus et en produisent l'engorgement lent et rebelle; elles restent en général bornées aux tissus qu'elles ont affectés d'abord, ou ne se transmettent qu'aux tissus analogues; enfin, elles n'offrent pas en général beaucoup de gravité.

Quelques médecins regardent ces différens états de l'économie comme des *maladies générales*. Il est évident que, puisque chacune d'elles n'affecte qu'un seul système, ce nom ne peut leur convenir : ce sont encore des maladies locales, mais très-étendues. Faisons encore remarquer que l'obésité se guérit par les moyens qui produisent l'exaltation nerveuse, et celles-ci par ceux qui font naître celle-là, et que la même réciprocité existe entre la pléthore sanguine et la pléthore lymphatique. Cela tient à ce que les quatre grands systèmes élémentaires, qui sont les siéges de ces états semi-morbides, se font en quelque sorte équilibre. Quand l'un d'eux prédomine, il suffit d'en exalter un autre pour rétablir l'harmonie; et réciproquement, si l'on vient à diminuer considérablement l'énergie de l'un de ces systèmes, un autre s'exalte. C'est ainsi, par exemple, que l'amaigrissement extrême ou une soustraction considérable de sang déterminent l'exaltation du système nerveux.

*Plus l'organisation d'un tissu composé est compliquée, et plus, en général, il est exposé aux irritations.* Aussi verrons-nous les tissus muqueux et cutanés nous en fournir à eux seuls un plus grand nombre d'exemples que tous les autres réunis. Le système osseux semble, au premier abord, faire exception à cette loi; mais on s'aperçoit bientôt que cette exception n'est qu'apparente, et que si beaucoup d'élémens entrent dans sa composition, ceux qui en forment la masse sont entièrement inorganiques, et étouffent, pour ainsi dire, la vitalité des autres sous leur impassibilité.

La prédominance ou l'excès d'activité de chacun des tissus composés constitue des idiosyncrasies, et, par conséquent, la plupart des prédispositions. C'est parce que la peau est plus irritable chez tel individu, les membranes muqueuses chez tel autre, le système glandulaire et le foie en particulier chez celui-ci, le système musculaire chez celui-là, le tissu fibreux chez un cinquième, que, soumis à l'action d'une même cause, ces individus contractent l'irritation dans des parties différentes. Il doit donc exister des idiosyncrasies cutanées, muqueuses, hépatiques, musculaires, articulaires; dont on devrait s'appliquer à reconnaître les caractères, comme on l'a fait pour les tempéramens. La finesse, la blancheur et l'exquise sensibilité de la peau seraient sans doute les principaux caractères de la première; l'abondance des sécrétions muqueuses, nasales, pulmonaires et gastro-intestinales caractériserait en partie la seconde : la sécrétion abondante de la bile, des cheveux bruns, une peau foncée en couleur et prenant fréquemment une légère teinte jaune, etc., en un mot les caractères assignés jusqu'ici aux tempéramens bilieux, seraient ceux de la troisième; les signes du tempérament athlétique des auteurs deviendraient ceux de l'idiosyncrasie musculaire, etc. Faut-il ajouter que les systèmes séreux, synovial, cartilagineux, fibro-cartilagineux et osseux exercent trop peu d'influence sur le reste de l'organisme pour que leur prédominance puisse se faire sentir et constituer des idiosyncrasies? Au reste, cette matière est obscure; le flambeau de la physiologie nouvelle n'en a pas encore pénétré les ténèbres.

Nous ne dirons rien des tissus épidermoïde et pileux : à peine appartiennent-ils au domaine de la vie.

Irritation sympathique ou Sympathies.

L'action de chaque organe est liée, dans l'ordre physiologique, à celle de tous les autres. Sans cet enchaînement, point d'harmonie, point d'ensemble, point de vie. *Consensus unus*, *consentientia omnia*, disait Hippocrate. Mais les rapports par lesquels s'enchaîne ainsi l'action de tous les organes deviennent surtout évidens dans les maladies; dès qu'un organe souffre à un certain degré, il en associe plusieurs autres à sa souffrance. Cette liaison, cet enchaînement d'action, ces rapports entre tous les organes, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, ont reçu le nom de *sympathies*.

L'irritation reste donc rarement renfermée dans le tissu où elle a pris naissance. Aussitôt qu'elle acquiert une certaine intensité, variable, suivant les individus, l'action organique d'un plus ou moins grand nombre de tissus augmente; ils s'irritent, ils sympathisent, ils *souffrent avec* (σὺν πάθος) le tissu ou l'organe primitivement affecté.

*Les sympathies morbides sont les mêmes que les sympathies physiologiques; elles obéissent par conséquent aux mêmes lois.* Si, comme nous croyons l'avoir démontré, l'irritation n'est pas autre chose que l'augmentation de l'action organique, les sympathies qu'elle fait naître ne peuvent être que la manifestation des rapports cachés, mais incontestables, qui unissent tous les organes entre eux. Pourrait-il en être autrement? et le sens commun ne dit-il pas que ce doivent être les mêmes organes qui sont associés d'action dans l'état normal, qui sympathisent et souffrent de concert lorsque l'un d'eux est malade? Les sympathies morbides sont donc évidemment les mêmes que les sympathies physiologiques. Une foule de faits vient à l'appui de cette vérité. Ainsi l'excitation physiologique de la membrane pituitaire par un sternutatoire provoque les contractions du diaphragme et l'éternuement, et l'irritation de cette membrane dans le coryza produit le même phénomène; l'excitation physiologique des alimens sur la membrane buccale détermine la sécrétion de la salive, et l'irritation de ce même tissu dans la stomatite fait aussi pleuvoir la salive dans la bouche; l'excitation normale de l'estomac pendant la digestion active les contractions du cœur, échauffe la peau, etc., et l'irritation de cet organe dans la gastrite accélère le pouls et augmente la chaleur cutanée; l'excitation de la vessie par la présence de l'urine provoque la démangeaison du gland qui avertit du besoin d'uriner, et l'irritation de cet organe par un calcul fait naître la même sensation, etc., etc. Mais il arrive souvent aussi que l'on ne retrouve pas dans l'état physiologique certaines sympathies qui s'observent dans les maladies. Cela ne doit pas surprendre. Dans l'exercice bien régulier et bien paisible des fonctions, les rapports sympathiques de la plupart des organes ne s'aperçoivent pas; car, comme nous ne sentons pas dans ce cas les fonctions s'exercer, les liens qui les enchaînent doivent également nous rester inaperçus. Or, il est certains organes dont les fonctions s'exercent toujours de la sorte à notre insu, et dont par conséquent les rapports sympathiques avec d'autres organes nous échappent; tel est le rein, par exemple; mais ces rapports n'en existent pas moins; c'est l'état pathologique qui nous les révèle, et il n'est pas raisonnable de prétendre que, devenus évidens, ils sont d'autre nature que lorsqu'ils étaient cachés. L'analogie avec ce qui se passe dans le plus grand nombre des cas, et le raisonnement nous démontrent le contraire.

*Plus l'individu est irritable, l'irritation de l'organe intense, sa propre irritabilité vive, et le rôle qu'il remplit dans l'économie important, et plus les sympathies sont nombreuses et prononcées*, ou, en d'autres termes, *le nombre des organes qui partagent la souffrance de celui qui est primitivement affecté, et l'énergie avec laquelle ils témoignent leur participation à sa douleur, sont en raison de son importance physiologique, de son irritabilité propre, de l'intensité de l'irritation dont il est le siége et de l'irritabilité générale de l'individu.*

Telle est la loi la plus générale des sympathies. Leur nombre et leur intensité sont, disons-nous en raison: 1° de l'irritabilité des individus. Ainsi chez les enfans, les femmes et les individus très-irritables, l'irritation la plus légère suffit souvent pour faire naître un grand nombre de sympathies, tandis que chez les vieillards et les sujets peu impressionnables, l'irritation la plus violente détruit parfois un organe sourdement et sans que les autres semblent participer à sa souffrance. 2° En raison de l'intensité de l'irritation. Cette circonstance influe davantage sur l'énergie des sympathies que sur leur quantité, parce qu'il est un nombre à peu près déterminé de sympathies pour l'irritation de chaque organe, que la plus intense ne peut faire dépasser; cependant une irritation légère provoque moins de sympathie qu'une plus intense, et ainsi de suite jusqu'à un certain degré. Ce que nous disons de l'intensité de l'irritation est également vrai de son état d'acuité ou de chronicité; toutefois une irritation chronique peut conserver encore un degré d'intensité assez marqué, et ne plus exciter de sympathies, parce que son influence sur les autres organes diminue et s'épuise, pour ainsi dire, par le temps. Mais l'énergie des sympathies est bien, dans le plus grand nombre des cas, en rapport avec le degré de l'irritation: plus celle-ci est violente, et plus la participation qu'y prennent les autres organes est forte et vivement exprimée, et *vice versâ*. La souffrance de l'un ou de plusieurs de ceux-ci peut même s'élever au point de dominer l'affection primitive, et peut persister après qu'elle est dissipée. Il existe toutefois une exception à cette règle: dans quelques cas d'irritation excessivement intense dans un organe très-influent, il n'y a pas de sympathies provoquées; il semble que la douleur de l'organe irrité y concentre l'action et enchaîne celle de tous les autres. 3° En raison de l'irritabilité de l'organe. Au degré près, l'irritabilité de l'organe influe, comme son irritation, sur le nombre et l'intensité des sympathies. 4° Enfin, en raison de l'importance de l'organe irrité. Le système nerveux est, de tous, celui qui provoque le plus grand nombre de sympathies; la membrane muqueuse des voies digestives tient le second rang;

le cœur vient ensuite, puis la peau, les poumons, les membranes séreuses, les articulations, l'utérus, les testicules, les reins, la vessie, le foie, les muscles, les cartilages. Le pancréas, la rate, la thyroïde et les os sont au bas de l'échelle et sur la même ligne à peu près. Nous ne parlerons pas de l'épiderme et des poils; ces tissus presque inorganiques sont à peine susceptibles de maladies, et n'exercent aucune influence sur les autres organes.

*L'action sympathique des organes est réciproque.* Ce sont ceux qui provoquent le plus grand nombre de sympathies qui en reçoivent le plus. Ainsi, le cerveau perçoit la douleur de toutes les autres parties. Mais cet organe, chargé par la nature de ses fonctions de transmettre toutes les irritations sympathiques qui lui parviennent, doit à cette fonction même de ne conserver que rarement dans sa substance l'irritation communiquée; il la dissémine, pour ainsi dire, aussitôt par toute l'économie. La céphalagie est très-souvent le seul signe qui atteste sa participation à la souffrance d'un autre organe. Cependant il arrive quelquefois qu'il s'irrite sympathiquement assez fortement pour produire le *délire* et les *convulsions*; cela arrive surtout chez les enfans, les femmes et les individus très-irritables, et, ce qu'il ne faut pas perdre de vue dans la pratique, presque toujours à l'occasion de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale; et rarement par la phlegmasie des autres organes. De sorte que, lorsque le délire et les convulsions existent avec une inflammation du poumon, par exemple, presque toujours l'affection cérébrale est indépendante de celle du poumon; il y a seulement simultanéité des deux maladies, tandis que, quand ces phénomènes accompagnent une phlegmasie gastro-intestinale, ils dépendent au contraire le plus ordinairement de celle-ci. Cela tient à ce que les voies digestives exercent une bien plus grande influence sur le cerveau que le poumon et les autres organes. Il n'est pas sans exemple cependant de voir le délire et les convulsions sympathiquement excités par l'inflammation du poumon: et ils sont quelquefois indépendans d'une phlegmasie gastro-intestinale coexistante: mais ce sont les exceptions. Les douleurs très-vives, comme celles de la néphrite calculeuse, celle des phlegmasies articulaires, ainsi que les blessures des membres lorsqu'elles intéressent plusieurs troncs nerveux et qu'elles les ont dilacérés, provoquent quelquefois aussi du délire et des convulsions sympathiques qui cessent immédiatement avec ces causes. Les convulsions surviennent souvent après les grandes pertes de sang; mais on ne peut plus les considérer alors comme un phénomène sympathique: nous en rechercherons la cause ailleurs.

La membrane muqueuse des voies digestives, sans recevoir autant d'influences sympathiques que le cerveau, s'irrite sympathiquement bien plus fréquemment que cet organe. Toute inflammation vive de la peau, du tissu cellulaire, des muscles ou des articulations, les plaies graves de ces parties, les grandes opérations pratiquées sur les membres, et l'inflammation de tous les autres organes, agissent sur le cerveau, puisqu'il y a douleur perçue, sur le cœur, puisqu'il accélère ses contractions, comme nous le verrons plus loin; mais elles agissent surtout sur les voies digestives, ou plutôt, la membrane qui revêt ces parties l'enflamme plus facilement sous leur influence que ces deux organes. Ce n'est pas ici le lieu d'expliquer pourquoi cette membrane jouit de ce fâcheux privilége; nous devons seulement constater le fait. Or, dans les circonstances indiquées, tandis que le cerveau et le cœur ne témoignent leur participation à la souffrance éloignée que par la céphalalgie et la fréquence du pouls, on voit presque toujours l'appétit se perdre, l'épigastre devenir chaud et douloureux, des nausées se déclarer, la langue rougir à ses bords et à sa pointe; une soif vive se faire sentir; en un mot, tous les symptômes que nous verrons appartenir à l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives se manifester. Développé à la suite des plaies graves et des grandes opérations, ce groupe de symptômes a reçu le nom de *fièvre traumatique*. La fièvre traumatique est donc une irritation gastro-intestinale sympathique. Au début, et tant qu'elle est légère, il suffit, pour la faire cesser, de détruire l'irritation extérieure qui la provoque; mais presque toujours elle acquiert promptement le caractère inflammatoire, et dès lors elle réclame des indications spéciales.

Le cœur ressent avec la plus grande promptitude l'irritation de tous les autres organes; ses contractions sont modifiées, accélérées, rendues irrégulières, etc., et le pouls indique fidèlement toutes ces modifications; aussi cette sympathie est-elle celle qui fournit le plus de lumière au diagnostic. Dans l'état de santé, le pouls bat à peu près cent fois par minute chez les enfans, quatre-vingts à l'époque de la puberté, soixante-dix chez les adultes, et soixante chez les vieillards. Lorsque les pulsations sont plus nombreuses que nous venons de l'indiquer, le pouls est dit *fréquent;* il est *rare* dans le cas contraire; on appelle *plein* celui dans lequel l'artère se développe beaucoup sous les doigts, et les pouls *grand*, *développé*, *large*, expriment le même état de l'artère; on appelle *petit*, au contraire, celui qui ne frappe le doigt que dans une très-petite étendue; on nomme *dur*, *raide*, *tendu*, *résistant*, celui qui frappe le doigt en produisant l'impression du choc d'un corps dur et qui résiste à la pression; *mou*, le pouls qui se laisse facilement réprimer; *fort*, celui qui est plein et dur en même temps; *faible*, celui qui est petit et mou; *serré*, le pouls petit et dur; *vibrant*, celui dans lequel l'artère semble vibrer sous les doigts à la manière d'une corde; *vif*, celui dont les pulsations sont rapides et instantanées; *lent*, celui dans lequel l'artère ne se développe sous le doigts qu'avec lenteur; *régulier*, celui dont les battemens reviennent à des intervalles égaux; *irrégulier*, celui dont les battemens sont séparés par des intervalles inégaux; *intermittent*, le pouls dans lequel une pulsation paraît manquer de temps en temps; *intercident*, celui, au contraire, dans lequel une pulsation se fait sentir entre deux autres régulières; *égal*, celui dont toutes les pulsations sont de même force et de

même fréquence; *inégal*, celui qui offre l'état contraire. Telles sont les principales modifications du pouls. Quelques auteurs en admettent un bien plus grand nombre; mais celles que nous venons d'indiquer sont les seules bien appréciables. Nous dirons dans l'histoire des maladies quelle modification du pouls appartient à chacune : tout ce que nous pouvons dire ici, d'une manière générale, c'est que le pouls est *plein* lorsque l'irritation occupe un faisceau considérable de vaisseaux capillaires sanguins; *petit* et *serré* lorsqu'elle a son siége dans un tissu membraneux, et dans les névroses.

Mais parmi ces modifications du pouls, il en est une qui les domine toutes, qui se représente dans la très-grande majorité des irritations, et qui est susceptible d'être appréciée avec beaucoup plus de précision qu'aucune autre ; nous voulons parler de sa fréquence. Elle donne en général la mesure assez exacte de l'intensité de l'irritation; et lorsqu'elle augmente ou diminue, alors même que tous les autres symptômes restent les mêmes, elle est le signe non équivoque de l'augmentation ou de la diminution de l'irritation qui l'excite. Ce phénomène sympathique est presque toujours accompagné de l'augmentation de la chaleur, et c'est à la réunion de ces deux sympathies que l'on a donné le nom de *fièvre*. En effet, tout médecin qui, en abordant un malade, trouve le pouls fréquent et la peau chaude, prononce qu'il y a de la *fièvre*. La fièvre est donc le *mot* par lequel on exprime *l'accélération des contractions du cœur et l'augmentation de la température naturelle du corps, provoquées sympathiquement par l'irritation d'un organe quelconque*. Nous disons *provoquées sympathiquement*, car si, par un examen ultérieur, le médecin vient à s'apercevoir que l'accélération des contractions du cœur dépend d'un état morbide de cet organe lui-même, il modifie son premier jugement : à ses yeux, le malade n'a plus de fièvre, il est atteint d'une maladie de cœur dont il lui reste à déterminer la nature.

Employé seul, le mot *fièvre* a toujours eu cette acception en médecine : mais les épithètes qu'on y a jointes en ont souvent fait perdre de vue le sens primitif. Nous ne pouvons pas rappeler ici toutes ces dénominations ; mais il en est quelques unes sur lesquelles il y a encore trop de controverses, et auxquelles se rattachent des idées qui tiennent de trop près aux bases de la science, pour que nous ne devions pas nous y arrêter quelques instans, telles sont celles de *fièvre essentielle*, *fièvre simple* et *fièvre hectique*. Le simple exposé des faits nous mettra mieux à même d'en apprécier la valeur que ne pourraient le faire de longues discussions, qui doivent être rares d'ailleurs dans un ouvrage élémentaire.

On a dit long-temps *fièvre pneumonique*, *fièvre cérébrale*, etc., pour indiquer la coexistence d'une irritation du poumon, du cerveau, etc., avec la fréquence de pouls et la chaleur augmentée; et chaque fois que l'on pouvait découvrir l'organe dont la souffrance provoquait la *fièvre*, on en agissait ainsi. Mais en raison de l'imperfection de la physiologie, du peu de connaissances anatomiques que l'on possédait alors, et enfin de l'ignorance presque complète des faits d'anatomie pathologique, il est arrivé fréquemment que l'on n'a pas pu parvenir à connaître l'organe dont l'irritation provoquait la *fièvre*. Qu'a-t-on fait alors ? on a dit : voilà bien *une fièvre*, puisque nous en voyons les deux caractères, la fréquence du pouls et l'accroissement de la chaleur; mais elle n'est excitée par l'irritation d'aucun organe, puisque nous ne le découvrons pas ; donc cette fièvre existe par elle-même, elle est *essentielle :* et comme il s'en trouvait beaucoup dans ce cas et qu'il fallait pouvoir les distinguer entre elles, on les qualifiait de *malignes*, *inflammatoires*, *bilieuses*, etc., d'après certains caractères. On a donc appelé *fièvre essentielle*, toute maladie avec chaleur augmentée et fréquence de pouls, dont on n'a pas pu faire le diagnostic ; sans s'appercevoir que l'on établissait ainsi une hypothèse, sur la double supposition de l'excellence des moyens d'investigation et de l'infaillibilité des investigateurs.

Bientôt on a ôté le nom de *fièvres*, aux maladies dans lesquelles la lésion d'un organe était évidente, et l'on a dit tout simplement une *pneumonie*, par exemple, au lieu de *fièvre pneumonique*, en reconnaissant que la fréquence du pouls et l'augmentation de la chaleur étaient sympathiques de la maladie du poumon; que la *fièvre*, comme on le disait alors, était *symptomatique*. Il n'est donc resté de véritables *fièvres* que les *essentielles*. Mais au fur et à mesure que l'art du diagnostic s'est perfectionné, le cadre de celles-ci a dû se restreindre d'avantage. Malheureusement ce progrès ne pouvait qu'être très-lent ; il a dû même s'arrêter à un certain point, faute de recherches anatomico-pathologiques. Enfin, l'importance de ces recherches étant mieux sentie, et l'anatomie des tissus ayant été créée par le génie de Bichat, M. Broussais a découvert que la très-grande majorité de ces maladies, que l'on prétendait n'avoir pas de siége, dépendent de l'irritation des voies digestives. Suivant l'impulsion donnée par ce savant observateur et la route qu'il leur avait tracée, MM. Boisseau, Lallemand, Georget, Parent-Duchâtelet et Martinet ont rapporté les *fièvres cérébrales, nerveuses, phrénétiques* et *ataxiques*, à leur véritable cause, l'irritation de l'encéphale et de ses dépendances, et l'on se demande aujourd'hui s'il existe encore des *fièvres essentielles*.

La réponse est maintenant facile. De trois choses l'une : ou bien l'on veut savoir s'il existe encore quelques maladies d'irritation dont le siége reste à déterminer ; ou bien s'il existe des groupes de symptômes dont, en raison de l'imperfection de nos moyens d'investigation, il soit impossible de reconnaître la source sur le vivant et sur le cadavre; ou bien, enfin, s'il peut exister des symptômes d'irritation, avec chaleur et fréquence du pouls, indépendans de toute lésion locale de l'organisation.

Or, si l'on soutient qu'il est encore quelques maladies dont le siége reste à déterminer, et si l'on prétend qu'il existe des groupes de symptômes dont l'imperfection de nos moyens d'investigation ne nous permet pas de découvrir la cause sur le vivant et sur le cadavre ; nous demandons d'abord quelles sont ces maladies, quels sont ces groupes de symptômes, et nous attendons une réponse

précise. Nous faisons observer ensuite que la première question admet que ce siége existe, et qu'il s'agit seulement de le chercher et le déterminer; que la seconde en suppose également l'existence, et dit seulement que nous sommes impuissans pour le découvrir; toutes deux, par conséquent, repoussent implicitement l'idée de maladies sans siége, de maladies existant par elles-mêmes sans altération de l'organisation, en un mot de *fièvres essentielles*. Quant à la troisième question, tout y répond par la négative : la physiologie, qui nous apprend que tout trouble des fonctions suppose nécessairement une modification dans l'organisation des instrumens qui les exécutent; l'anatomie pathologique, qui prouve que cette modification est appréciable dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des maladies; l'analogie qui, pour l'autre centième, nous dit que, puisque les effets sont semblables, les causes sont nécessairement les mêmes; enfin, le raisonnement et les faits qui nous attestent que les traces des irritations peuvent disparaître et disparaissent en effet quelquefois après la mort (1). Tout dépose donc en faveur de cette importante vérité, due au génie de M. Broussais : *il n'existe pas de fièvres essentielles*.

Que faut-il entendre maintenant par *fièvre simple?* Évidemment, l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur, isolées de tout autre symptôme, et dépendant d'une irritation primitive du cœur. Demander s'il existe une *fièvre simple*, c'est donc demander s'il existe des *cardites* légères. Or qui osera prétendre que le cœur puisse être irrité sympathiquement, et ne puisse pas l'être primitivement? Personne sans doute. La théorie conduit donc à admettre une fièvre simple. Mais qui l'a observée dans la pratique? Qui l'a décrite? Et quand on la connaîtra ne vaudra-t-il pas mieux l'appeler tout simplement *cardite*.

Les irritations chroniques de toutes les parties du corps provoquent, comme celles qui sont aiguës, l'irritation sympathique du cœur, et cette sympathie est encore accompagnée de l'augmentation de la chaleur : c'est là ce qui constitue la *fièvre hectique* des auteurs. Elle est aux irritations chroniques des tissus ce que les *fièvres essentielles*, dont elle fait au reste partie, sont aux irritations aiguës. Ce que nous avons dit de celles-ci lui est donc entièrement applicable; mais nous devons ajouter que, dans les irritations chroniques des membres, telles que les plaies, les ulcères, etc., la *fièvre hectique* dépend rarement de ces irritations elles-mêmes, mais presque toujours de la phlegmasie chronique de la membrane muqueuse des voies digestives qui vient s'y joindre.

Telle est l'action sympathique que tous les tissus exercent sur le cœur. Probablement celle que cet organe exerce à son tour sur toutes les parties de l'économie n'est pas moins grande; mais nous ne pouvons que le supposer, l'irritation et l'inflammation de son tissu n'étant pas encore bien connues.

La peau ressent aussi l'influence sympathique de plusieurs organes, mais non pas de presque tous, comme le cerveau, la membrane muqueuse gastro-intestinale, et le cœur. Le système nerveux tout entier, deux membranes séreuses, savoir la plèvre et le péritoine, les reins et les articulations, sont les parties dont elle reçoit et sur lesquelles elle exerce le plus d'influence. Nous étudierons ces sympathies particulières à l'occasion des irritations de toutes ces parties, nous ne nous occuperons ici que de trois phénomènes dont elle semble le théâtre, savoir, la chaleur, le frisson et la sueur.

La chaleur ne peut pas être considérée comme un phénomène sympathique propre à la peau. Nous ne pouvons l'apprécier que sur cette membrane, il est vrai; mais il est probable qu'il s'étend à la plupart des organes principaux, et il paraît d'ailleurs sous la dépendance absolue de la circulation. A quelques rares exceptions près, plus celle-ci est accélérée, plus la chaleur est considérable; quand le pouls est lent, elle s'abaisse au dessous de l'état normal; jamais on n'observe d'augmentation de température sans fréquence de pouls. L'augmentation de la chaleur paraît donc être un effet purement physique ou chimique, plutôt qu'un phénomène sympathique; au moins est-il probable que tout le système capillaire en est le siége, et non la peau spécialement,

Nous en dirons à peu près autant du *frisson*. Ce phénomène accompagne l'invasion de presque toutes les irritations violentes qui surviennent tout à coup. On sait qu'il consiste dans une sensation générale de froid, subite, quelquefois passagère, souvent de la durée d'une à plusieurs heures, accompagnée de pâleur et constriction de la peau et de l'érection des poils qui la recouvrent. Dans l'état de santé, on l'observe 1° au commencement de la digestion; 2° sous l'influence d'une impression morale, et principalement de celles qui sont accompagnées d'horreur; 3° à l'occasion d'un froid vif extérieur. Il accompagne donc toujours les deux phénomènes physiologiques suivans : diminution de l'action vitale à la peau, concentration de cette même action sur un ou plusieurs organes, soit que l'un de ces phénomènes soit primitif, soit l'autre. Or, dans les maladies le frisson, qui ne peut être que l'exagération de ce qu'il est en santé, doit encore être accompagné de ces deux phénomènes, et chaque fois qu'on l'observe, on ne peut pas douter que l'action organique ne s'exalte dans un ou plusieurs organes. Sous ce rapport, il est donc un signe précieux; mais ce n'est plus un phénomène sympathique de même ordre que ceux que nous avons étudiés jusqu'ici; c'est une sympathie en quelque sorte passive, qui n'est que le plus haut degré de la diminution d'action organique de la peau, à l'occasion d'une irritation intérieure violente et subite. Le tremblement des muscles et le claquement des mâchoires sont des phénomènes nerveux qui l'accompagnent souvent, et en sont alors les effets; mais ils existent souvent sans lui dans les irritations nerveuses de l'encéphale.

La sueur est un phénomène sympathique de même nature, mais inverse. Dans l'état de santé comme dans celui de maladie, elle accompagne presque toujours la diminution ou la cessation d'une excitation intérieure, elle en est l'indice.

(1) Bichat, *Anatomie générale*, tome II, pag. 490. *Nosographie philosophique*, tome II, pages 285 et 422; 5e édition.

Aussi une sueur abondante qui survient dans le cours d'une irritation aiguë, est-elle toujours d'un favorable augure. Il n'en est pas de même dans les irritations chroniques du poumon; nous verrons que dans ce cas elle est toujours un mauvais signe.

Enfin, il est encore un phénomène sympathique commun à presque toutes les maladies; c'est la diminution des forces musculaires ou la *faiblesse*. Elle a lieu en vertu de cette loi de l'économie, par laquelle l'action vitale diminue dans une partie en proportion de ce qu'elle augmente dans une ou plusieurs autres. Plus les irritations sont intenses, et plus la faiblesse musculaire est en général considérable; elle se manifeste aussitôt que celle-ci disparaît; elle ne diffère donc en rien des autres sympathies: comme symptôme, elle n'est, en général, que d'une importance très-secondaire.

*L'irritation sympathique est de même nature que l'irritation primitive* (1). Ainsi, aussitôt qu'une irritation sympathique s'élève au degré morbide, elle prend le caractère inflammatoire si elle émane d'une inflammation, le caractère hémorragique si elle est produite par une hémorragie; elle est sub-inflammatoire si l'irritation primitive est une sub-inflammation; elle est nerveuse, si c'est une névrose qui la provoque, etc. C'est par cette loi que s'établissent les *diathèses*. Une *diathèse* n'est donc autre chose que la reproduction, dans plusieurs points de sympathie, d'une irritation de la même nature que l'irritation primitive. Il existe donc cinq espèces de diathèses d'irritation, *la diathèse inflammatoire*, *la diathèse hémorragique*, *la diathèse sub-inflammatoire, la diathèse nerveuse*, *la diathèse d'irritation sécrétoire* et *la diathèse d'irritation nutritive*.

Cette loi offre peu d'exceptions tant que les irritations sympathiques ne sortent pas du système organique dans lequel s'est développée l'irritation primitive; elle s'étend même jusqu'à la forme qu'y revêt l'irritation. Ainsi une phlegmasie dartreuse qui se répète dans les divers points du système cutané conserve partout sa nature; l'irritation hémorragique ou nerveuse d'une membrane muqueuse ne provoque en général que des hémorragies ou des névroses dans les points des sympathies du même système; enfin la sub-inflammation de quelques ganglions lymphatiques ne détermine que la sub-inflammation des autres ganglions; et quant à la forme même de l'irritation, on voit l'irritation dartreuse conserver partout la sienne; la phlegmasie d'une membrane séreuse, avec ou sans épanchement de sérosité, provoquer dans les autres séreuses des inflammations avec ou sans hydropisie; la sub-inflammation promptement désorganisatrice dans le siége primitif, être suivie d'une désorganisation rapide dans les ganglions sympathiquement irrités, etc., etc.

Mais les exceptions commencent à devenir nombreuses lorsque l'irritation sympathique a lieu sur un autre système organique que l'irritation primitive. La différence d'organisation des tissus les rend plus ou moins propres à contracter tel mode d'irritation que tel autre, et modifie par conséquent celle qui leur est communiquée. Ainsi les inflammations de la peau et des membranes muqueuses déterminent souvent des sub-inflammations sympathiques dans les ganglions lymphatiques correspondans; une phlegmasie pustuleuse de la peau n'offre que rarement, et peut-être jamais ce caractère, sur la membrane muqueuse à laquelle elle est transmise; une névrose dans celle-ci provoque une inflammation dans le cerveau, et réciproquement.

Enfin, il existe quelques exceptions même pour les irritations transmises aux divers points d'un même système organique. Ce sont surtout les irritations hémorragiques qui les présentent, et l'on voit souvent une hémorragie être l'effet sympathique d'une inflammation, et quelquefois celle-ci résulter de celle là, dans un même système. Il ne faut pas confondre avec ces faits le remplacement d'une irritation par une autre lorsqu'il n'existe entre la première et la seconde aucun rapport sympathique; la nature de l'une ne peut évidemment influer en rien, dans ce cas, sur la nature de l'autre. C'est ainsi qu'à la suppression d'une hémorragie succède indifféremment une inflammation, une névrose, une irritation sécrétoire, nutritive, aussi bien qu'une hémorragie et réciproquement.

*L'irritation sympathique est transmise par les cordons nerveux, avec ou sans l'intermédiaire du cerveau.* Elle est transmise par les cordons nerveux, puisqu'un membre dont les principaux nerfs sont coupés, détruits ou comprimés, ne la ressent plus; avec l'intermédiaire du cerveau, pour les organes de la vie animale, puisque les parties paralysées par une maladie de cet organe ne sont plus susceptibles de l'éprouver; sans l'intermédiaire du cerveau, d'une manière absolue, pour ceux des organes de la vie végétative qui ne reçoivent pas de nerfs cérébraux, et en partie pour ceux qui en reçoivent, puisqu'elle se communique de l'un à l'autre, alors même que toutes les fonctions du cerveau sont suspendues par l'effet de sa compression. Est-ce le cordon rachidien ou le nerf trisplanchnique qui en est l'agent dans ce cas? nous penchons vers la dernière opinion, mais nos motifs ne sont pas assez solides pour que nous les exposions ici.

### TRAITEMENT GÉNÉRAL DE L'IRRITATION.

Le but unique que l'on doive se proposer dans le traitement de toute irritation, est de ramener à l'état normal l'action organique des tissus dans lesquels elle est exagérée. Une indication aussi simple semble, au premier aperçu, devoir être facile à remplir et ne comporter qu'un seul ordre de moyens; mais on ne tarde pas à se convaincre que, si le but et l'indication générale sont toujours les mêmes, les moyens sont modifiés par une foule de circonstances. Ainsi, d'une part, les âges, les sexes, les tempéramens et l'idiosyncrasie des individus, de l'autre, les causes de l'irritation, son degré d'intensité, son état d'acuité ou de chronicité, de continuité ou d'intermittence, de simplicité ou de complication, sa nature inflammatoire, hémorragique, nerveuse, sécrétoire ou nutritive, la diversité des tissus, et enfin, quelques autres particularités encore inconnues, sont au-

(1) Broussais, 2 *Examen. propos.* LXXIV.

tant de sources d'indications spéciales, autant de causes de modifications dans l'emploi et souvent même dans la nature des moyens curatifs.

On peut ranger sous quatre chefs principaux les nombreux moyens de faire cesser l'irritation ; savoir ; *médication asthénique directe;* 2° *médication asthénique indirecte* ou *révulsive;* 3° *médication asthénique empirique*; 4° *régime*. Nous n'avons pas besoin de rappeler que l'éloignement des causes et le repos de l'organe malade font nécessairement partie du traitement de l'irritation, puisque nous avons dit que ces préceptes sont applicables à toutes les maladies.

### Médication asthénique directe.

Nous rangeons dans cette classe tous les moyens thérapeutiques qui diminuent directement l'irritation des tissus : tels sont les évacuations sanguines, les topiques émolliens, narcotiques, astringens, sédatifs, les lavemens, les bains et les boissons de même nature. Cette médication est la plus rationnelle ; elle est applicable au plus grand nombre d'irritations, et le plus fréquemment couronnée par le succès.

Les émissions sanguines sont les moyens les plus puissans à opposer à l'irritation. On nomme *saignées générales* celles qui s'obtiennent par l'ouverture d'une artère ou d'une veine, et *saignées locales* celles qu'on opère sur le système capillaire; nous indiquerons plus loin la manière de les pratiquer. Il n'est pas indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces modes d'évacuation sanguine. Les saignées générales doivent être préférées chez les individus d'un tempérament sanguin ou pléthorique, au début des inflammations violentes, dans les phlegmasies des organes dont les vaisseaux capillaires sanguins sont réunis en épais faisceaux, dans les grandes hémorragies, dans les cas d'obstacles considérables à la circulation, lorsqu'il y a imminence de suffocation, et quand le pouls est plein et fort. Les saignées locales conviennent davantage, chez les individus lymphatiques ou nerveux, dans les irritations chroniques, après l'emploi des saignées générales, dans les inflammations des tissus membraneux, dans les irritations circonscrites qui n'ont point encore exercé d'influence sur les autres parties de l'économie, dans les cas où la tuméfaction et l'engorgement sont les principaux symptômes de l'irritation, lorsqu'il s'agit de rappeler un écoulement sanguin supprimé, et enfin quand on veut obtenir à la fois un effet asthénique et un effet révulsif. Il est rare que l'on puisse remplacer les saignées locales par les saignées générales, tandis que celles-ci peuvent souvent être remplacées par les premières rendues très-abondantes.

On ne peut pas établir de règles pour la quantité de sang à extraire par chaque saignée générale ou locale, et le nombre de fois que l'on doit les répéter, ces circonstances sont déterminées par l'intensité de l'irritation, la force du malade, son âge, son sexe, etc. Toutefois nous dirons que l'on répète ordinairement la saignée générale tant que le sang offre la couenne inflammatoire. On ne tire jamais moins de deux onces de ce liquide ; la plus grande quantité que l'on en évacue à la fois dépasse rarement deux ou trois livres ; la dose moyenne est de douze à seize onces; enfin on ne répète presque jamais cette évacuation sanguine plus de trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures (deux saignées générales par jour suffisent presque toujours, même dans les cas les plus graves), et plus de dix à douze fois dans le cours d'une même irritation. Quant aux sangsues, on en place depuis une ou deux chez les plus jeunes enfans, jusqu'à soixante ou quatre-vingt chez les adultes : terme moyen, vingt à trente. On laisse ordinairement l'écoulement de sang s'arrêter de lui-même; on n'y revient jamais au delà de deux fois dans la même journée; mais dans une irritation intense, qui se prolonge, on peut en répéter l'application un très-grand nombre de fois pendant son cours. Elles sont d'autant plus efficaces, qu'on y a recours à une époque plus rapprochée du début de la phlegmasie, et qu'on les emploie en plus grand nombre, en se renfermant toutefois dans les bornes prescrites par l'expérience. On doit y revenir jusqu'à ce que l'inflammation diminue, et ne s'arrêter que lorsque la diminution est assez considérable pour qu'on n'aie point à craindre de voir l'inflammation se ranimer en l'abandonnant à elle-même; il est plus prudent même de n'en cesser l'emploi que quand celle-ci est enlevée. Mais l'expérience clinique peut seule apprendre à mettre en pratique ces préceptes, qui s'appliquent aussi en grande partie aux saignées générales. Les enfans et les adultes supportent des saignées très-abondantes; les vieillards exigent plus de réserve dans l'emploi de ce moyen; les femmes supportent en général mieux que les hommes les pertes considérables de sang; enfin il existe des individus qui éprouvent des inconvéniens très-graves de la plus légère évacuation sanguine, les uns par la saignée générale, les autres par les sangsues.

Quels sont les effets de la saignée générale? Ils sont évidens. Par elle, la masse du sang est diminuée, une dérivation subite, forte, quoique de peu de durée, appelle ce liquide loin de l'organe irrité, et suspend le mouvement fluxionnaire dont celui-ci est le siége : le sang est privé d'une partie de son principe excitant, la fibrine, laquelle ne peut se réparer que lentement ; l'irritabilité et la chaleur générale de l'individu sont affaiblies, et celles qui sont en excès dans le tissu malade participent par conséquent à cette diminution. Comment agit maintenant la saignée locale? Quelquefois elle soustrait directement à la portion du système capillaire irrité le sang qui y afflue, diminue par conséquent la chaleur dont celle-ci est le siége, affaiblit son irritabilité, et détruit de la sorte tous les élémens de l'irritation à la fois; mais dans le plus grand nombre des cas, son action est différente et plus complexe : c'est une véritable révulsion qu'elle opère, mais une révulsion particulière et des plus efficaces. En effet, chaque piqûre de sangsue ou de lancette du scarificateur produit une douleur plus ou moins vive, une fluxion s'opère autour de chaque point douloureux, et comme ces phénomènes se passent toujours sur la partie de la peau qui a les relations sympathiques les plus étroites avec le tissu irrité,

ils y établissent une irritation artificielle, qui agit fortement sur l'irritation morbide et en suspend le cours. L'écoulement du sang diminue en même temps l'intensité de celle-ci, et de la sorte compense ce qu'il manque en force à la première pour la révulser. D'où il suit que les saignées locales joignent aux avantages des saignées générales les eeux d'une révulsion sans inconvéniens, puisqu'elle n'est pas accompagnée d'une vive stimulation. C'est à cette double action, sans doute, qu'il faut attribuer l'efficacité de ce moyen thérapeutique.

Il est aisé de concevoir maintenant pourquoi la saignée générale pratiquée loin de l'organe enflammé est plus efficace; pourquoi la saignée du pied est si puissante dans les affections cérébrales, et les violentes inflammations des tonsilles; pourquoi celle du bras suspend les hémorragies; pourquoi elle arrête le flux menstruel. On s'expliquera facilement aussi le mauvais effet des applications trop faibles de sangsues dans des inflammations vives; les avantages de l'écoulement prolongé du sang dans tous les cas où l'on veut détruire une irritation; l'efficacité des sangsues en petit nombre au contraire, et l'utilité de ne pas laisser couler le sang, lorsqu'on se propose de rappeler un écoulement sanguin supprimé; les bons comme les mauvais effets produits par l'inflammation et la suppuration de leurs piqûres; et enfin la différence d'action entre les ventouses scarifiées et les sangsues.

Les topiques émolliens sont l'eau tiède, les mucilages, le lait, les huiles douces, la gélatine et les graisses: on les emploie sous forme de potions, de bains locaux, de fomentations, d'onctions, d'embrocations, de cataplasmes et de frictions, toujours appliqués sur la peau, et le plus ordinairement tièdes. Les topiques émolliens paraissent agir surtout par la chaleur humide qu'ils contiennent, et leur effet est presque toujours sympathique; cependant la nature des substances qui les composent est pour quelque chose dans leur action; autrement tout corps tiède et humide produirait le même effet, et loin d'en être ainsi, il n'est pas même indifférent d'employer dans tous les cas le même émollient. Les mucilagineux paraissent l'emporter sur tous les autres; leur mode d'action consiste dans le relâchement du tissu cutané, la diminution de son irritabilité, et par sympathie un effet semblable dans le tissu qu'occupe l'irritation. Ils sont utiles dans toutes les irritations aiguës et chroniques, à un très-petit nombre d'exceptions près. Ces exceptions se présentent à la fin de quelques irritations, ayant leur siége dans des tissus lâches, qui ne réagissent pas assez fortement sur le sang et les autres liquides qui les engorgent, et chez les individus d'une constitution molle et lymphathique. les émolliens ne feraient, dans ces cas, qu'augmenter la cause de la stagnation des liquides.

La manière d'employer les topiques narcotiques est la même que les précédens; ils ont aussi le même mode d'action, mais ils diminuent bien plus puissamment l'irritabilité des tissus, ce qui les rend préférables dans les irritations où la douleur est très-vive. En général, d'ailleurs, on associe presque toujours ces deux ordres de moyens. L'opium et le suc des papavéracées, des ombellifères, telles que le cerfeuil et la ciguë, et la plupart des solanées, appartiennent à la classe des médicamens narcotiques.

Les topiques astringens ou *styptiques* resserrent, crispent, décolorent et condensent les surfaces sur lesquelles on les applique, et ils en émoussent l'irritabilité. Telle est leur action sur les tissus sains; elle est encore la même sur les tissus faiblement irrités, mais ils agissent comme stimulans, irritans, sur les parties où l'irritation est vive; il suit de là ce premier précepte, de ne les employer que dans les irritations faibles et de s'en abstenir dans celles qui sont intenses. Mais il n'est pas possible de déterminer le point précis où leur efficacité commence et où leur nocuité finit; il varie avec les tissus, la nature et la force des astringens. En général, ils sont utiles dans les cas où la douleur est nulle, et principalement après l'emploi long-temps continué des émolliens, et lorsqu'un engorgement en quelque sorte passif des tissus en a été la suite. Mais où leur efficacité se montre davantage, c'est dans les phlegmasies chroniques, superficielles, avec injection plutôt qu'engorgement des tissus. Nous ne parlons pas de la réaction qui suit leur application, d'abord parce qu'elle est légère, et ensuite parce qu'elle n'a lieu que lorsque leur action est momentanée, et qu'on les emploie toujours d'une manière continue. Les médicamens qui jouissent de cette propriété sont très-nombreux: la plupart des acides convenablement étendus d'eau, plusieurs sels avec excès d'acide, et principalement les sulfates d'alumine et de potasse, de fer, de cuivre, de zinc; les tartrates de potasse et de fer; l'acétate de plomb, etc.; toutes les plantes qui contiennent de l'acide gallique et du tannin, telles que la noix de galle, le cachou, la bistorte, la tormentille, le ratanhia, les écorces de chêne, de maronnier, de quinquina, de saule, de cérisier, de grenadier, les feuilles de ronces, les roses rouges, le cynorrodon, le coing, le sumac, tous les fruits acerbes, etc., appartiennent à cette classe: on les emploie en dissolutions, froides, ou en infusion, en décoction; et rarement en cataplasmes.

Les lavemens rentrent en grande partie dans la classe des topiques; ceux-là seuls qui sont employés dans ce but doivent ici nous occuper. On les rend émolliens, narcotiques ou astringens suivant l'effet qu'on veut en obtenir; mais leur action, lorsqu'ils sont émolliens ou narcotiques, ou l'un et l'autre en même temps, s'étend souvent au delà de l'organe sur lequel on les dépose et même au-delà des parties environnantes. L'absorption s'en empare, et ils produisent les mêmes effets que les boissons de même nature. Quelquefois ils agissent sympathiquement sur un organe éloigné: c'est ainsi, par exemple, qu'un lavement d'eau froide simple ou vinaigrée calme très-promptement parfois la céphalalgie.

On désigne d'une manière générale les topiques émolliens et les narcotiques sous le nom de sédatifs, mais on applique surtout cette dénomination au froid. L'eau, depuis quelques degrés au des-

sous de la température actuelle de l'atmosphère jusqu'à celle de la glace fondante, seule ou mêlée avec le vinaigre et le sel marin, et employée au moment du mélange à l'état de neige et de glace, est en effet le topique sédatif par excellence.

C'est un des plus puissans moyens à opposer aux grandes hémorragies et aux irritations du cerveau ou de ses membranes. On l'emploie quelquefois aussi dans les inflammations des voies digestives et les hémorragies de la membrane muqueuse pulmonaire, lorsque l'affaiblissement du malade ne permet plus d'avoir recours aux émissions sanguines, ou quand elles paraissent sans effet. Enfin on y a recours dans toutes les plaies récentes, et dans quelques cas de phlegmasies extérieures, circonscrites, dont on veut obtenir la résolution prompte ou prévenir la suppuration. Il diminue l'irritabilité et la chaleur de la partie de la peau sur laquelle on l'applique, il repousse presque tout le sang qui parcourt le système capillaire immédiatement soumis à son action, et ces effets se propagent jusqu'aux parties sous-jacentes. Mais si son application est passagère, une vive réaction a lieu dans les tissus qui ont été soumis à son influence, le sang y revient avec une force proportionnelle à celle qui l'en avait chassé, l'irritabilité s'y rétablit et s'exalte, et l'irritation, que l'on avait momentanément calmée, reparaît avec une plus grande intensité. De là le précepte important d'employer le froid d'une manière continue jusqu'à ce que l'irritation contre laquelle on le dirige soit dissipée, et celui non moins essentiel de ne ramener les parties que par degrés à la température ambiante. Un second inconvénient accompagne son emploi, comme tous les agens qui diminuent l'action organique d'une partie, il l'augmente dans d'autres, et cet effet est d'autant plus marqué, que le topique réfrigérant est à une plus basse température. On doit donc éviter d'employer un froid trop vif d'abord, si le malade, outre l'irritation aiguë pour laquelle on le traite, est porteur d'une phlegmasie chronique dans un autre organe, ou si seulement il a un organe trop irritable, le poumon, par exemple. Un praticien prudent devra, dans ces cas, commencer par appliquer de l'eau dont la température s'éloigne peu de celle de l'atmosphère, et n'en augmentera que graduellement le degré de froidure; cette conduite est même préférable dans presque tous les cas. Que faut-il penser dès lors des affusions froides? Le bain chaud dans lequel on tient le corps du malade plongé, tandis que l'on verse l'eau froide sur la tête, contre-balance le danger de leur effet trop brusque, mais elles exposent aux funestes inconvéniens de la réaction. Cependant elles produisent d'excellens effets, surtout dans certaines folies, peut-être par cette réaction même; elles ont été quelquefois utiles dans les inflammations de l'arachnoïde; enfin elles sont d'une grande efficacité dans les *névroses*. Toutefois la plus grande prudence doit présider à leur emploi, comme au reste, à celui de tout moyen énergique (1). En général, de quelque manière que l'on applique le froid, ses avantages et ses inconvéniens sont d'autant plus grands qu'il est plus vif et plus brusquement appliqué et retiré, et son efficacité et le danger d'autant moindres qu'il est plus faible et mieux gradué dans son application et la cessation de son emploi. Un froid moyen doit donc être préféré dans le plus grand nombre de cas. Des linges trempés dans l'eau froide ou dans un mélange réfrigérant, de la glace pilée et renfermée dans une vessie, ou sous une capsule si l'on veut agir sur une petite surface, les affusions froides sur la tête, le corps étant plongé dans un bain chaud, les bains froids ordinaires ou par immersion, tels sont les modes les plus usités d'employer le froid à l'extérieur (1).

L'action du bain froid est la même que celle du froid appliqué localement, c'est-à-dire qu'il diminue l'irritabilité de la peau et refoule, pour ainsi dire, vers les organes intérieurs le sang qui parcourt le système capillaire de la périphérie. Mais il agit sur une plus grande surface, il exerce une forte sédation sur tout le système nerveux, dont il diminue l'irritabilité, et comme son application est toujours de courte durée, une vive réaction à la peau en est la suite constante. Il produit donc deux effets, la sédation du système nerveux, et une révulsion à la peau. Cette double action le rend d'une ressource précieuse dans beaucoup de cas, et principalement dans ces affections dont le caractère consiste surtout dans l'exaltation d'une portion plus ou moins étendue du système nerveux, telles que l'hystérie, l'épilepsie et l'asthme convulsif. Mais ce moyen ne peut pas être employé chez tous les individus; il est dangereux chez les vieillards, chez les êtres faibles, chez ceux qui naturellement possèdent peu de chaleur, et chez tous ceux qui sont atteints d'une phlegmasie chronique dans les organes pectoraux, le péritoine, les articulations. Le défaut de résistance et de réaction bien complète, chez ces individus, les expose à des congestions funestes, à des irritations chroniques et même aiguës des membranes muqueuses, séreuses, et des articulations, ou les jette dans un état de faiblesse dont on les retire difficilement. La température ordinaire des bains froids est de douze à vingt degrés (centigrades); on ne les emploie pas au dessous de cette température; le malade ne doit pas y séjourner plus d'un quart d'heure. Le bain frais pris dans l'eau courante est avantageux pour le maintien de la santé, mais il n'a que peu d'influence sur les maladies; cependant on le conseille dans les mêmes cas que le bain froid, lorsque la maladie est légère ou que le malade ne peut pas supporter celui-ci; il est utile aussi dans quelques irritations chroniques de la peau, et dans celles des voies digestives.

Le bain chaud ou tiède est celui dont la température ne dépasse pas trente à trente-quatre degrés (centigrades); il épanouit la peau, diminue l'irritabilité générale, et introduit par la voie de l'absorption une quantité assez notable d'eau dans l'économie. On peut le charger de principes médicamenteux: les émolliens, les narcotiques et le

(1) Voyez l'article *Affusion*, par M. Jolly, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. I.

(1) Consultez la brochure du docteur Tanchou, intitulée: *Du froid, et de son application dans les maladies*, Paris, 1824.

soufre, sont ceux que l'on y ajoute le plus ordinairement. Il est peu d'inflammations et de névroses dans lesquelles il ne soit utile, et à peine quelques individus auxquels il ne convienne. Sa durée doit rarement être moindre d'un quart d'heure, le plus communément elle est d'une heure, et quelquefois de trois et quatre heures, et même plus. On doit éviter avec le plus grand soin le contact de l'air froid en sortant du bain chaud, s'essuyer avec des linges secs et chauds, et, s'il est possible, se livrer à quelques heures de sommeil. Les convalescens de toutes les maladies d'irritation doivent prendre un ou deux bains tièdes, aussitôt que les forces le leur permettent.

Enfin, les bains de vapeur sont surtout employés dans les irritations chroniques de la peau, les phlegmasies articulaires, et les inflammations des gros troncs nerveux; leur action est donc encore asthénique. On les charge également de principes médicamenteux, émolliens, narcotiques, etc. Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'emploi des bains, et nous renvoyons pour de plus grands détails aux articles des divers dictionnaires de médecine, et à l'ouvrage de M. Rapou (1).

Tous les médicamens à propriétés émollientes, narcotiques, sédatives et astringentes, dont il a été question jusqu'ici, peuvent être et sont fréquemment employés à l'intérieur sous forme de boissons, ou dans une petite quantité de véhicule et sous forme de potions. En général, les boissons aqueuses abondantes, chargées d'un principe gommeux, mucilagineux, ou féculent, conviennent dans toutes les irritations aiguës; elles agissent par l'eau qu'elles introduisent dans le torrent circulatoire, laquelle diminue les propriétés excitantes du sang, et par conséquent un des élémens de l'irritabilité générale. Elles agissent en outre par les substances médicamenteuses qu'elles contiennent, soit par absorption, soit par sympathies, ou directement et comme topiques pour ainsi dire, lorsque la membrane muqueuse gastro-intestinale est le siége de l'irritation. Il en est de même des narcotiques, qui, dans ce dernier cas cependant, sont presque toujours nuisibles. Les boissons froides, glacées, acidules, conviennent surtout dans les inflammations vives des voies digestives, et dans tous les cas d'hémorragie : enfin les boissons astringentes jouissent des mêmes propriétés, produisent les mêmes effets, et sont par conséquent employées dans les mêmes circonstances que les topiques astringens. Nous n'avons donc rien à ajouter à ce que nous avons dit précédemment de ceux-ci.

Parmi les médicamens asthéniques que l'on administre à l'intérieur, soit dans les tisanes, soit en potions, il en est quelques uns qui réussissent surtout dans les irritations nerveuses; et comme un des symptômes dominans de ces irritations est le spasme, on les a nommés *antispasmodiques*. Leur action sur l'irritabilité du système nerveux paraît être directe; tous la diminuent; mais comme ils stimulent la partie sur laquelle on les dépose, qui est toujours l'estomac ou le gros intestin, leur efficacité dépend de l'état de ces organes, s'ils sont trop irrités, les antispasmodiques les irritent davantage et ne produisent plus leur effet accoutumé. La plupart de ces médicamens ont une odeur forte : exemple, les éthers, l'assa-fœtida, le musc, le castoréum, la valériane; c'est chez les femmes surtout qu'on les emploie plus fréquemment.

(1) *Traité de la méthode fumigatoire*, ou *de l'Emploi médical des bains de douches de vapeurs*. Paris, 1824; 2 vol. in-8°, fig.

### Médication asthénique, indirecte ou révulsive.

Nous avons vu précédemment qu'une irritation forte en fait toujours cesser une plus faible. *Duobus laboribus*, etc. Toute la médication révulsive repose sur cette loi. Produire une irritation artificielle sur un tissu, dans l'intention de détruire l'irritation qui en occupe un autre, c'est essayer une *révulsion*. Tous les agens qui produisent de la douleur, stimulent et irritent, peuvent donc devenir des *révulsifs*, et leur effet stimulant prend le nom de *révulsion*, lorsque l'irritation qu'ils ont fait naître dans un tissu fait disparaître celle qui existait dans un autre.

Cette médication est d'un emploi presque aussi général que la précédente, et très-souvent elle est l'unique ressource lorsque celle-là a perdu son efficacité. Mais elle peut avoir des effets funestes, lorsqu'elle n'est pas appliquée par une main exercée; il importe donc d'exposer avec soin les règles de son emploi.

*Les révulsifs sont très-utiles,* 1° *à la fin des irritations aiguës qui ont été combattues par la médication asthénique, lorsqu'elles menacent de passer à l'état chronique;* 2° *dans toutes les affections chroniques, lorsqu'elles n'excitent presque plus de sympathies;* 3° *dans tous les cas où il s'agit de rappeler une irritation à son ancien siége, en même temps qu'on la combat par les débilitans dans l'organe qu'elle envahit le dernier.* Il suffit d'énoncer cette loi pour que son exactitude frappe tous les esprits : sa simplicité rend en même temps tout commentaire inutile.

*La peau, la membrane muqueuse des voies digestives, les organes sécréteurs, et principalement les reins, sont les parties sur lesquelles on opère les révulsions.* C'est à la peau surtout que s'appliquent les plus puissans révulsifs : tels sont, les rubéfians, les vésicans, les ventouses, les escarrotiques, les sétons, les caustiques et le feu. Ils sont très-efficaces contre les phlegmasies chroniques des viscères. Ce ne sont pas là toutefois les seuls révulsifs que l'on dirige vers la surface cutanée, car les sudorifiques, les bains de vapeur et les frictions, appartiennent à la même classe de moyens.

La surface étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale est, après la peau, le tissu sur lequel on opère le plus grand nombre de révulsions. Ces révulsions sont aussi très-puissantes en raison de la grande influence de cette membrane sur tous les autres organes, et parce que la stimulation y détermine un appel très-considérable de fluides. Le médecin ne doit donc pas les négliger, mais il ne doit pas oublier non plus que le danger de pro-

duire des inflammations graves suit leur emploi. On y a recours dans un grand nombre d'affections, mais principalement dans les phlegmasies chroniques de la peau, maladies dans lesquelles les révulsions tentées sur les portions saines de la surface cutanée, sont en général suivies d'assez mauvais effets.

Enfin les organes sécréteurs offrent aussi une ressource pour l'emploi des révulsifs. Le foie et les reins sont à peu près les seuls cependant auxquels on applique cette médication; nous signalerons en temps et lieu les circonstances dans lesquelles on doit y avoir recours.

*Les révulsions qui s'exercent sur la peau, doivent toujours être opérées dans les points qui sympathisent avec les organes irrités.* Il faut excepter les cas dans lesquels il s'agit de rappeler une irritation extérieure disparue, on applique alors les révulsifs avec beaucoup plus de succès sur la partie qu'elle occupait primitivement. Il existe une seconde exception pour les irritations du cerveau et de ses membranes; dans ces irritations, on place avec avantage les révulsifs sur les extrémités inférieures.

*Pour être efficace l'irritation révulsive doit être plus forte que l'irritation morbide.* Mais il ne faut pas juger de l'intensité de la première seulement par la douleur qui l'accompagne; elle peut être infiniment moins douloureuse que celle qu'elle déplace, et cependant être plus forte; il suffit pour cela que l'appel des liquides soit beaucoup plus considérable, ou que la surface que l'on irrite soit plus étendue que la surface malade. C'est ainsi qu'une sueur abondante, ou un large vésicatoire qui ne produit pas la moindre douleur mais qui détermine un afflux considérable de sérosité, sont des irritations plus fortes que la pleurésie aiguë, mais circonscrite, qu'elles font disparaître. C'est encore ainsi qu'une éruption cutanée qui ne cause que de la démangeaison à la peau, est cependant une irritation plus forte que la phlegmasie gastro-intestinale dont elle opère la révulsion. Si le prurit de toute l'éruption cutanée et l'injection sanguine qui l'accompagne, étaient rassemblés dans un espace aussi restreint que celui de la phlegmasie intérieure, il en résulterait une inflammation bien certainement supérieure à celle-ci. C'est en quelque sorte une révulsion disséminée qui a lieu dans ce cas : ce sont les plus favorables, car en général les révulsions très-douloureuses nuisent plus qu'elles ne sont utiles.

Les irritations du système fibro-séreux, celles des membranes séreuses, sont de toutes les plus faciles à révulser; celles de la membrane muqueuse des voies aériennes dans toute son étendue, viennent ensuite. Au contraire, les phlegmasies du tissu cellulaire, des organes épais, et la membrane muqueuse gastro-intestinale, cèdent très-difficilement à la révulsion. La nature, la marche et l'ancienneté des irritations influent aussi sur la facilité ou la difficulté de la révulsion; ainsi, les hémorragies, les névroses, les irritations intermittentes et les irritations récentes, sont plus aisément déplacées par les irritations inflammatoires, continues, et celles qui sont anciennes. Enfin, plus le malade est robuste, dit le docteur Goupil (1) plus l'organe affecté joue un rôle important dans l'économie, plus son irritation est vive, plus aussi la révulsion est difficile *et vise versâ.*

*On doit toujours seconder l'efficacité des révulsifs par l'usage des débilitans dirigés sur l'organe irrité.* Cette proposition n'a pas besoin de développemens.

Le choix des révulsifs n'est pas indifférent. *Dans les affections légères et récentes, dans les irritations aiguës qui exigent un effet prompt, on emploie des révulsifs dont l'action est rapide et presque toujours de courte durée.* Au contraire, *dans les irritations anciennes, on a recours à des révulsions profondes et permanentes, parce que l'organisation des tissus depuis long-temps irrités a toujours subi des altérations considérables, et ne peut revenir à son état normal que par une action forte, continue et prolongée.* La nature même du révulsif doit être prise souvent en considération : ainsi, les sangsues doivent être préférées lorsqu'il s'agit en même temps de détruire une irritation et de rappeler un écoulement sanguin supprimé; le vésicatoire est contre-indiqué dans les irritations des voies urinaires en raison de l'action des cantharides sur ces parties; les ventouses sèches et scarifiées ont au contraire une sorte d'efficacité contre ces mêmes irritations; le moxa ou le cautère actuel, sont préférables aux cautères et aux sétons, lorsque l'irritation à révulser, à arracher (*revellere*), occupe un organe doué de peu de vitalité, comme les os; enfin, suivant les cas, les vomitifs méritent la préférence sur les purgatifs, et réciproquement. Mais quelques détails sur ces deux derniers révulsifs deviennent ici nécessaires.

L'action des vomitifs peut être rangée dans le nombre des révulsions disséminées. En effet, ils agissent non-seulement sur toute la membrane muqueuse de l'estomac, mais encore sur toute l'étendue de celle des intestins, avec laquelle l'eau qui leur sert de véhicule les met partout en contact, et de plus sur la peau; ils déterminent une abondante sécrétion de mucosité de bile, probablement de liquide pancréatique, et une sueur générale toujours assez copieuse. Or, il est évident que si l'excitation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, du foie, du pancréas et de la peau, qui a été nécessaire pour produire cette sécrétion considérable de fluides de toute espèce, était accumulée sur une surface aussi circonscrite que celle qu'occupe l'irritation morbide, elle la surpasserait de beaucoup en intensité, car on n'emploie jamais impunément les vomitifs dans les inflammations intenses. On ne peut donc douter que ce ne soit une véritable révulsion que ces agens produisent; mais elle a lieu en majeure partie sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, puisque c'est sur elle qu'agit le médicament, et que l'irritation du pancréas et du foie sont sympathiques. Une trop grande irritabilité de cette membrane, et *a fortiori* son état d'irritation, sont donc les premières con-

(1) Consultez l'excellente thèse de ce médecin sur la révulsion, et son *Exposition de la nouvelle doctrine médicale*, pages 209 et suivantes. La plupart des préceptes sur la révulsion que nous exposons ici sont empruntés à ce travail remarquable.

tre-indications à l'emploi des vomitifs ; et cependant c'est précisément dans son inflammation qu'on les a le plus préconisés. M. Broussais a démontré les dangereux effets de cette pratique incendiaire basée sur des théories ridicules, et peu de médecins la suivent aujourd'hui. Elle a pourtant été couronnée par le succès dans quelques cas que nous essaierons de déterminer en traitant de la gastro-entérite. Les autres contre-indications sont : le tempérament sanguin et la pléthore, la première enfance et la vieillesse en raison de la facilité des congestions cérébrales dans ces circonstances, congestions que les efforts de vomissemens suffisent seuls parfois pour déterminer. Une irritation de cerveau déjà existante, ou une apoplexie, en contre-indiquent à plus forte raison l'emploi. Le tempérament nerveux qu'ils exposent à des convulsions ; l'écoulement des règles qu'ils suppriment ou changent en perte ; l'état de grossesse en raison du danger de l'avortement ou des pertes ; l'écoulement des lochies et toute la durée des couches en général, parce qu'ils exposent à la suppression des premières et à des inflammations graves des viscères abdominaux et principalement du péritoine ; l'état d'inflammation de cette membrane qu'aggravent toujours, et que peuvent même faire naître lorsqu'elle n'existe pas encore, les contractions des muscles abdominaux nécessaires à l'accomplissement de l'acte du vomissement ; la phlegmasie aiguë du foie ; toutes les inflammations aiguës en général ; les hémorragies et principalement l'émoptysie ; la seule prédisposition à cette dernière hémorragie ; les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, dont les efforts de vomissement peuvent déterminer la rupture ; les hernies réduites, irréductibles et étranglées, toutes ces circonstances s'opposent à l'emploi des vomitifs (1).

Quels sont maitenant les cas où ces médicamens sont utiles ? Quelques médecins prétendent que ces cas sont nombreux, mais c'est en vain qu'on leur demande d'en préciser quelques uns, comme nous venons de le faire par ceux où ils nuisent. Sans doute les vomitifs ont produit des guérisons nombreuses, mais bien plus fréquemment encore ils ont exaspéré le mal, et jusqu'ici on ignore la plupart des circonstances qui rendent leur emploi favorable ou sans danger. Il paraît toutefois qu'ils procurent la guérison prompte de certains érysipèles, surtout de la face, que n'accompagnent aucuns symptômes d'irritation cérébrale ni gastrique ; et de ceux dans lesquels la langue se montre jaune et limoneuse et sans rougeur à son limbe, la chaleur et la douleur épigastriques nulles, avec amertume de la bouche et rapports nidoreux. Ils réussissent aussi dans cet état des voies digestives non accompagné d'érysipèle, et dans l'angine avec ces mêmes symptômes. Enfin, les circonstances suivantes en favorisent l'emploi, telles sont l'embonpoint, la mollesse des chairs, le tempérament lymphatique et peu irritable, les saisons et les contrées froides et humides.

Ce que nous venons de dire du mode d'action des vomitifs est applicable aux purgatifs : c'est en opérant une révulsion sur une surface très-étendue et très-sensible, qu'ils agissent. La membrane muqueuse des intestins, et principalement celle du colon, étant le siége de leur action, leur emploi est d'abord contre-indiqué par l'irritabilité trop grande ou l'irritation de cette partie. Il l'est également par l'écoulement des règles, la grossesse, le temps des lochies, les inflammations aiguës en général, toutes les hémorragies et surtout l'hématémèse, le flux hémorroïdal, et la métrorrhagie. Mais les purgatifs, lorsqu'ils ne sont pas trop violens, entraînent de beaucoup moins graves inconvéniens que les vomitifs, et sont d'une utilité incontestable dans un assez grand nombre de cas. Administrés à petite dose et d'une manière continue, lorsque la membrane muqueuse intestinale est parfaitement saine, ils exercent une révulsion salutaire dans beaucoup d'affections chroniques. L'ophthalmie rebelle, l'otite, quelques phlegmasies chroniques de la peau, les cancers des glandes mammaires, sont particulièrement dans ce cas. Donnés à doses purgatives ordinaires, ils sont utiles dans quelques constipations opiniâtres, celle qui accompagne la péritonite chronique, par exemple, celle des vieillards, et dans le cas où des matières se sont accumulées dans le gros intestin. Mais, dans toutes ces circonstances, leur action n'est plus révulsive, elle est seulement évacuative. Enfin, il est même quelques cas dans lesquels des purgatifs drastiques ont procuré des guérisons rapides, mais ces cas sont indéterminés, et le médecin qui parviendra à les préciser rendra un grand service à la science.

*On doit s'abstenir des révulsifs dans toutes les irritations aiguës, dans celles qui occupent de larges surfaces, dans toutes celles de la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit aiguës, soit chroniques, et chez tous les individus très irritables.* Dans tous ces cas, l'irritation artificielle, impuissante pour faire cesser l'irritation morbide, ajoute toute son intensité à l'intensité de celle-ci. Cependant on les emploie, en même temps que les évacuations sanguines, il est vrai, dans les irritations les plus aiguës du cerveau et des méninges, mais nous pensons que l'on en fait encore un trop fréquent usage dans ces irritations. On y a recours aussi dans quelques phlegmasies intenses, chez les sujets très-faibles et lorsque les congestions étant très-rapides, la peau est froide, le pouls petit, serré, concentré. Une seule saignée pourrait être suivie de la mort en peu de temps, tandis que, précédée par les révulsifs qui réchauffent la peau si on les a fait agir sur une large surface et donnent au pouls de la force et du développement, elle produit tout l'effet avantageux qu'il est permis d'en attendre dans les phlegmasies intenses. Enfin, on se sert quelquefois des révulsifs dans quelques irritations chroniques de la membrane muqueuse gastro-intestinale, principalement dans celles de l'estomac et du gros intestin qui sont anciennes et menacent d'une prochaine désorganisation. Mais on doit préférer, dans ces cas, les révulsifs les moins douloureux et n'en user qu'avec réserve.

*Les révulsions sont quelquefois spontanées* (Voyez *crises et métastases*). On a fait pendant long-temps un précepte de les attendre. Aujourd'hui que ces

(1) Goupil, *ouvrage cité*.

phénomènes sont mieux connus, presque tous les médecins s'accordent sur la nécessité de combattre toutes les phlegmasies, sans attendre des révulsions qui peuvent s'opérer sur des organes plus importans que celui qui est primitivement irrité; et ceux-là même qui ne partagent pas cette opinion agissent comme s'ils en reconnaissaient la vérité. Ce n'est que lorsque l'irritation occupe un organe peu important et qu'elle est peu intense, que le médecin peut attendre les révulsions spontanées: mais dans ces circonstances elles n'ont presque jamais lieu. On a long-temps aussi agité la question de savoir s'il fallait les provoquer. C'est demander s'il faut exciter des révulsions; la réponse est à chaque paragraphe de ce chapitre. Enfin, on a demandé s'il fallait respecter les crises et les métastases, c'est-à-dire les révulsions spontanées. Nul doute qu'on ne doive le faire lorsque la révulsion s'opère sur un organe moins important que celui où siège l'irritation primitive, puisqu'il en doit résulter un avantage pour le malade; mais, par la raison contraire, on doit s'y opposer, lorsqu'elles ont lieu sur une partie plus importante que la première.

Il serait superflu de s'arrêter à expliquer le mode d'action des révulsifs; son évidence frappe tous les yeux; une irritation artificielle en fait cesser une autre; il suffit d'exprimer le fait.

### Médication asthénique empirique.

Toute médication dont le mode d'action n'est pas connu est empirique: tous les stimulans qui n'agissent ni comme astringens, ni comme révulsifs, et cependant détruisent des irritations, en font partie. Nous citerons pour exemples le mercure, les sels d'or et ceux de platine contre les irritations syphilitiques, l'iode contre les irritations chroniques de la thyroïde et de quelques glandes, le soufre et autres stimulans contre la gale, le vésicatoire appliqué au centre d'une irritation dartreuse, le quinquina contre les irritations intermittentes.

Quelques médecins prétendent que ces stimulans guérissent en produisant des révulsions. Nous avouons ne pas comprendre comment un irritant peut révulser l'inflammation sur laquelle on l'applique, s'il ne produit pas des sécrétions abondantes, comme les vomitifs et les purgatifs. Or, cet effet n'a lieu par l'emploi d'aucun des agens que nous avons nommés. On a dit pour expliquer la guérison d'une dartre par l'application d'un vésicatoire à son centre, que cet irritant révulsait l'irritation des vaisseaux blancs sur les vaisseaux rouges; ce n'est évidemment là qu'une hypothèse sans fondement. Nous ne chercherons pas à la remplacer par une autre, même plus plausible, et nous dirons avec M. Goupil : « Ces faits existent, contentons-nous de les constater et de les faire tourner au profit de la thérapeutique (1). »

Le mercure, le soufre, l'iode et le quinquina sont regardés par quelques médecins comme des *spécifiques*. Mais d'un côté, chacun de ces médicamens est applicable à plusieurs irritations; d'autre part les irritations contre lesquelles on les dirige plus spécialement guérissent aussi par d'autres agens; ils ne sont donc pas spécifiques dans la rigoureuse acception de ce mot. Nous les nommerons cependant quelquefois ainsi, mais pour exprimer seulement que le mercure guérit la syphilis, le soufre la gale, l'iode, le goître et le quinquina les irritations intermittentes, plus fréquemment que ne le font les autres agens thérapeutiques.

Il est impossible d'établir des préceptes généraux sur l'emploi de ces médicamens, puisque, propriétés, doses et mode d'administration, diffèrent pour chacun d'eux. Nous dirons toutefois qu'une trop grande irritabilité, et à plus forte raison l'état d'irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, s'opposent à leur administration intérieure; et que l'on doit, dans ces cas, ou bien en suspendre l'emploi, ou chercher une autre voie pour les administrer.

### Médicamens spéciaux.

Il existe un certain nombre de médicamens, qui, par quelque voie qu'on les administre, vont exercer leur influence sur un organe particulier, toujours le même pour chacun d'eux. Les uns agissent en irritant les organes qui ressentent leurs effets; tels sont: la noix vomique ou la strychnine, qui stimule la moelle épinière; le café, qui excite le cerveau; l'émétine et l'émétique, qui agissent principalement sur l'estomac, dont ils provoquent les contractions; certains drastiques qui purgent, alors même qu'on les applique sur la peau; les cantharides, le nitrate de potasse et toutes les plantes qui en contiennent, dont l'action irritante se porte principalement sur les voies urinaires; la rhue, la sabine, le safran, le seigle ergoté, etc., qui augmentent l'action de l'utérus. Les autres diminuent au contraire l'action des organes qu'ils influencent; tels sont: l'opium pour le cerveau, l'acide hydrocyanique pour la portion du système nerveux qui préside à la respiration, la digitale pour le cœur, le camphre pour la vessie et la térébenthine pour l'urètre. Nous nommons *spéciale* l'action de tous ces agens.

Avant de produire les effets particuliers que nous signalons, tous ces médicamens exercent une action stimulante plus ou moins intense sur le tissu sur lequel on les dépose. Ce tissu est presque toujours la membrane muqueuse gastrique. Si cette membrane est saine et le médicament administré aux doses convenables, l'effet spécial est seul produit, et l'action stimulante locale est insensible. Mais si la membrane est trop irritable ou irritée, ou si le médicament est donné à dose trop forte, l'action stimulante locale devient appréciable, et l'irritation de la membrane se manifeste ou s'accroît. Alors il arrive, tantôt que cette irritation empêche le second effet, celui que nous appelons spécial; tantôt qu'elle le rend inverse de ce qu'il devrait être; et quelquefois enfin, que les deux effets sont produits en même temps et que l'un ou l'autre prédomine. C'est ainsi que, déposés sur un estomac irrité, le nitrate de potasse, la sa-

(1) *Ouvrage cité*, page 231.

bine, etc., accroissent l'irritation de cet organe, sans produire aucun effet sur la vessie et l'utérus; la digitale l'augmente également, et en même temps au lieu de ralentir les contractions du cœur, elle les accélère. La noix vomique exaspère aussi l'inflammation de l'estomac, et n'en provoque pas moins la stimulation de la moelle épinière. Quelle conséquence thérapeutique tirerons-nous de ces faits? la suivante, savoir que *pour obtenir d'un médicament à propriété spéciale son effet naturel bien isolé, la première condition est de le déposer dans un estomac sain, et à des doses proportionnées à l'irritabilité de cet organe.* Cet important axiome est encore une de ces grandes vérités dont on doit la découverte au génie de M. Broussais.

Mais une autre cause peut faire varier ou changer entièrement l'effet des médicamens à propriété spéciale; c'est l'état dans lequel se trouve l'organe sur lequel leur action va aboutir. Contre l'insomnie produite par l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde, c'est en vain que l'on dirigera l'opium à petites ou à fortes doses, l'insomnie ne fera que s'accroître davantage; ou bien l'inflammation cérébrale, exaspérée par ce médicament, produira un coma funeste, que l'on ne comparera pas sans doute au sommeil que l'on désirait obtenir. Voilà ce qui nous explique peut-être pourquoi des doses énormes de ce médicament restent sans aucun effet dans le tétanos. Il en sera de même encore de l'administration du nitrate de potasse si les reins sont enflammés, et de celle de la rhue s'il existe une phlegmasie de l'utérus. Vainement on espérera, par ces médicamens, déterminer l'écoulement abondant des urines ou le retour des menstrues; on ne fera qu'augmenter l'inflammation néphrétique ou utérine. Enfin, on a cru remarquer que l'acide hydrocyanique, administré dans les phlegmasies chroniques du poumon, diminuait souvent beaucoup la toux, mais que la désorganisation n'en marchait qu'avec plus de rapidité; et chacun sait que la strychnine est impuissante contre les paralysies qui dépendent d'une inflammation ou d'une compression du cerveau, ou du cordon rachidien, qu'elle les aggrave au contraire, ou y joint de nouveaux accidens, etc. Que conclure de ces faits? que *l'état inflammatoire de l'organe sur lequel un médicament exerce une action spéciale, en contre indique l'emploi.* Le camphre fait-il exception? nous avons peine à le croire, quoique tous les auteurs le conseillent dans les inflammations de la vessie et de l'urètre. On pourrait peut-être élever une autre question sur ce médicament, et demander si son action spéciale sur la vessie est bien démontrée. Mais la térébenthine forme une exception.

Considérés dans leurs résultats, les médicamens que nous venons d'examiner produisent toujours, ou des effets asthéniques directs ou indirects, ou des stimulations. Ils n'ont donc rien, sous ce rapport, qui les distinguent des autres agens thérapeutiques. La seule particularité qu'ils présentent, est d'agir chacun sur un organe à l'exclusion des autres, mais pour le débiliter ou en combattre l'asthénie: il n'existe donc pas de médication spéciale, mais seulement des médicamens spéciaux.

Régime. (1)

Le régime n'est pas la partie la moins importante du traitement des irritations; mal dirigé, il peut détruire tous les bons effets du traitement le plus rationnel; habilement calculé, au contraire, il suffit pour guérir seul plusieurs maladies. Il consiste dans l'emploi de tous les moyens hygiéniques, et principalement dans celui des alimens.

Dans la plupart des irritations aiguës, les malades doivent respirer un air frais, pur, fréquemment renouvelé; ils doivent être isolés ou rassemblés en plus petit nombre possible dans la même chambre; il faut entretenir autour d'eux la plus grande propreté, soit en les changeant fréquemment de linge, soit en écartant promptement d'auprès d'eux toutes les matières excrétées: il importe de les coucher mollement, mais jamais sur la plume; de retrancher tous les alimens, même les bouillons, lorsque l'irritation est intense, et en général pendant la durée de la plupart des irritations aiguës; d'écarter la lumière trop intense, le bruit, les odeurs fortes, et toutes les affections morales vives; d'interdire les conversations prolongées et toute contention même légère de l'esprit; et enfin de favoriser le sommeil par les moyens convenables, s'il ne vient pas naturellement. Il existe bien peu d'exceptions à ces préceptes généraux; seulement, la température doit être douce plutôt que fraîche, lorsque le malade est atteint d'une phlegmasie du poumon ou de la plèvre, ou des articulations, ou d'une éruption cutanée; il faut accorder quelques alimens légers et en petite quantité, lorsque l'irritation aiguë se prolonge et qu'elle n'a pas son siége dans les voies gastriques; les odeurs fortes sont quelquefois utiles dans les irritations nerveuses; enfin, il faut s'abstenir de provoquer le sommeil dans les irritations aiguës de l'encéphale.

Une température peu élevée convient encore dans quelques irritations chroniques: telles sont celles de l'encéphale, de l'estomac, du foie et de la peau; mais en général la chaleur est plus avantageuse dans les affections de ce degré, surtout dans celles des poumons et des articulations. Aussi doit-on conseiller aux malades atteints des premières les voyages dans les pays du nord, s'ils peuvent les entreprendre; et à ceux qui sont affectés des secondes et de la plupart des autres irritations chroniques, l'habitation dans les contrées méridionales et l'usage des vêtemens de flanelle. Mais l'alimentation est surtout le point principal du régime et même du traitement de toutes les irritations chroniques. Nourrir peu, ne permettre que de petits repas dont la digestion ne puisse pas fatiguer l'estomac; plutôt les multiplier que consentir à un seul trop copieux dans les vingt-quatre heures; choisir les alimens parmi les substances les moins excitantes, comme le lait, les fruits, les fécules, les végétaux, le poisson et les viandes blanches; bannir par conséquent l'usage du vin pur, du cafe, des liqueurs, des viandes de gibier, de boucherie et de charcuterie: telles en sont les bases. L'exercice modéré, à

(1) *Traité d'Hygiène*, etc., par Ch. Londe, etc. Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage.

cheval, en voiture ou sur l'eau, est aussi très-utile dans la plupart des irritations chroniques. Il en est de même des frictions et des bains. Ces derniers cependant sont peu avantageux et quelquefois nuisibles dans les irritations chroniques des organes pectoraux et des articulations. Enfin, les voyages et les distractions concourent efficacement à la guérison de la plupart des irritations chroniques. Quant aux soins de propreté, ils ne sont pas moins indispensables dans les affections chroniques que dans celles qui sont aiguës.

Le régime des irritations intermittentes doit se rapprocher d'autant plus de celui des irritations aiguës, que leurs accès sont plus forts, plus longs, et reviennent à de plus courts intervalles. La diète doit par conséquent être absolue, si l'irritation intermittente est quotidienne et intense, à plus forte raison si elle est rémittente; au contraire, il participe de celui des irritations chroniques dans les circonstances opposées.

### Moyens thérapeutiques de l'irritation.

Nous avons fait connaître les diverses méthodes du traitement de l'irritation directe et sympathique, et les modifications qu'elles reçoivent des âges, des sexes, des tempéramens et des idiosyncrasies des individus, et de la nature, du degré et du type de l'irritation elle-même. On les combine, on les emploie simultanément ou successivement dans la plupart des irritations, et il est telle de ces maladies qui les réclame toutes pour sa guérison. Dirigées contre des inflammations, on les comprend sous la dénomination commune de méthode *antiphlogistique*; et l'on nomme *antiphlogistiques* tous les moyens qui la composent, c'est-à-dire presque tous ceux dont nous avons précédemment étudié le mode d'action. Cependant on désigne plus spécialement sous ce nom les moyens qui font partie de notre médication asthénique directe, tels que les saignées, les émolliens, les narcotiques, etc.; tandis que les révulsifs et la plupart des médicamens à propriétés spéciales sont réunis sous le nom de *stimulans*. La division que nous avons établie nous paraît plus rationnelle, mais nous emploierons souvent les expressions ci-dessus dans le sens qu'on leur donne généralement. Il nous reste maintenant, pour compléter la thérapeutique générale de l'irritation, à entrer dans quelques détails sur la manière d'employer ou d'appliquer quelques uns des moyens qui la composent : tels sont, la saignée générale, l'application des sangsues, l'emploi du bdellomètre, les ventouses, l'acupuncture, les mouchetures, les scarifications, l'incision, la compression, les embrocations, fomentations et cataplasmes, les frictions, les sinapismes, le vésicatoire, le cautère, le séton et le moxa.

De la saignée. On appelle ainsi toute évacuation artificielle de sang veineux ou artériel; on nomme *phlébotomie* ou saignée proprement dite, celle qui se fait par l'ouverture d'une veine, et *artériotomie* celle que l'on pratique en ouvrant une artère. Nous avons déjà dit que l'on désignait collectivement la saignée des veines et celle des artères sous le nom de saignée générale, tandis que celle du système capillaire était désignée par la dénomination de saignée locale.

1° *De la phlébotomie*. C'est avec la lancette que l'on pratique en France l'opération de la phlébotomie. Cet instrument est trop connu pour que nous nous arrêtions à le décrire ici; nous dirons seulement qu'on l'appelle lancette *à grain d'orge* lorsque sa lame est fort large et sa pointe courte; lancette *à grain d'avoine* lorsque la pointe est plus allongée et la lame plus étroite : enfin, lancette en *pyramide* ou en *langue de serpent* lorsque la lame est très-étroite et la pointe très-effilée. Ces variétés dans la forme de l'instrument n'ajoutent rien à son utilité : la lancette à grain d'orge est presque la seule dont on se serve aujourd'hui, et peut suppléer aux deux autres. En effet, lorsque le vaisseau est superficiel, on est obligé, pour éviter de le percer de part en part, de porter l'instrument très-obliquement à la surface de la peau, et il est alors à peu près indifférent de se servir d'une lame large ou d'une lame étroite. Lorsqu'au contraire il est profondément situé, on doit, à mesure qu'il s'enfonce, plonger la lancette de plus en plus perpendiculairement sur lui; si on se sert alors d'une lame étroite, il faut, en la retirant, agrandir beaucoup l'ouverture des tégumens, afin que la plaie ait la forme requise, et il se passe toujours, entre l'instant où la veine est piquée et celui où la section des tégumens est achevée, un certain espace de temps pendant lequel le sang, s'échappant du vaisseau et trouvant au dehors une issue difficile, peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire : tandis qu'on évite cet inconvénient en se servant d'une large lame qui ne peut pénétrer jusqu'au vaisseau qu'après avoir fait une large plaie aux tégumens.

La saignée est quelquefois suivie d'accidens auxquels le mauvais état de l'instrument a souvent beaucoup de part; il est par conséquent nécessaire d'en avoir le plus grand soin. On peut en émousser le tranchant à la pointe, en le fermant, en l'ouvrant, ou en le nettoyant sans précaution. Lorsqu'on l'ouvre ou qu'on le ferme, la lame ne doit, dans aucun cas, frotter contre la châsse. Il suffit, pour éviter cet inconvénient, de courber légèrement sur leur plat, et en sens inverse, les deux pièces dont elle se compose, avant de les faire mouvoir pour découvrir la lame ou pour la cacher. Lorsqu'après s'en être servi on veut nettoyer la lancette, on fait verser de l'eau dessus, et on passe légèrement entre les doigts la châsse ouverte et la lame; on place celle-ci sur une des moitiés de la châsse, afin que sa pointe et ses tranchans soient bien soutenus; on essuie avec un linge doux et fin, celle de ses faces qui se trouve à découvert; on la place ensuite sur l'autre moitié de la châsse, préalablement essuyée; on essuie la seconde face; on essuie la première moitié de la châsse, et on continue jusqu'à ce qu'on soit certain que toutes les parties de l'instrument sont parfaitement sèches; alors on le ferme et on le place dans le *lancettier*.

On peut pratiquer la saignée sur toutes les veines superficielles qui sont d'un volume médiocre et susceptibles d'être soumises à une compression exacte. Trop profondes, elles ne peuvent être

atteintes sans difficulté ou sans danger, et elles éludent la compression nécessaire pour y arrêter le cours du sang avant l'opération, et pour prévenir son écoulement au dehors lorsque l'opération est terminée; trop petites, elles ne donnent pas une quantité suffisante de sang, et trop volumineuses, elles peuvent fournir une hémorragie grave. Enfin, il faut qu'elles ne soient point environnées d'artères, de nerfs, ou d'autres organes dont la lésion est dangereuse, et que l'on serait exposé à blesser en les piquant. On trouve au pli du bras, sur la base du pouce, autour des malléoles, au col, sur le front, sous la langue, sur le dos de la verge et ailleurs, des veines qui remplissent toutes les conditions requises.

Outre une bonne lancette, le chirurgien qui veut pratiquer une phlébotomie quelconque doit se munir de quelques autres objets plus ou moins indispensables.

Tels sont :

1° Une bande, ou *ligature*, large de deux doigts, longue d'une aune, sans ourlets ni lisières. Cette pièce d'appareil, que quelques uns font encore en drap rouge, doit être en toile solide, parce que cette étoffe, que l'on peut se procurer par tout, est plus facile que l'autre à nettoyer du sang qui peut l'imprégner, qu'elle épargne aux malades le dégoût que leur inspire la bande de drap rouge imprégnée du sang d'autres individus, et qu'elle préserve du danger de transmettre d'une personne à une autre certaines maladies contagieuses.

2° Une alèze pour garantir les vêtemens et le lit du malade.

3° Une bougie allumée pour éclairer les parties, lorsque l'on n'opère pas à un beau jour.

4° Un vase d'une capacité connue, pour recevoir le sang et mesurer la quantité que l'on en retire

5° De l'eau tiède ou froide, et une éponge fine ou quelques linges à essuyer.

6° Une mouche de taffetas gommé.

7° Une compresse pliée en plusieurs doubles.

8° Une bande de toile un peu plus longue que la première, pour faire le bandage compressif qui doit arrêter le sang après l'opération; des sels, du vinaigre ou quelques eaux spiritueuses.

Lorsqu'après avoir disposé les objets nécessaires, le chirurgien veut procéder à l'opération, il fait ordinairement asseoir le malade sur une chaise placée au jour d'une fenêtre, et procède à la recherche et au choix du vaisseau. Il s'aide de ses connaissances anatomiques pour étudier les rapports de celui-ci avec les organes voisins, s'assure par le toucher qu'aucun battement décelant une artère qui lui serait immédiatement appliquée ne se fait sentir, et qu'aucun tendon, qu'aucun os, n'est exposé à être heurté par la pointe de la lancette et ne puisse l'émousser ou la rompre. Alors il établit sur le trajet de la veine, à peu de distance du lieu où il se propose de l'ouvrir, entre ce lieu et le cœur, et à l'aide de la ligature qu'il serre modérément, une compression ordinairement circulaire, qui a pour effet de gonfler et de rendre cette veine plus apparente en y retenant le sang, et de forcer ce liquide à s'échapper par l'ouverture aussitôt qu'elle sera pratiquée; et, pour favoriser cet effet, il engage le malade à faire agir, si cela est possible, les muscles de la partie, laisse celle-ci dans une position déclive, ou même la plonge dans l'eau chaude; en même temps il dispose l'alèse destinée à préserver les vêtemens ou le lit du malade, fait placer convenablement l'aide qui tient le vase où doit être reçu le sang, et celui qui doit l'éclairer, s'il est nécessaire. Enfin, lorsqu'il juge, à la rénitence et à la tension du vaisseau, que celui-ci est assez plein, il ouvre la lancette de manière à ce que la lame et la châsse fassent un angle droit, la place entre ses dents, le talon tourné du côté de la main qui doit opérer, exécute quelques légères frictions dirigées des radicules vers le tronc veineux, afin de le remplir le plus possible, tandis qu'embrassant la partie de l'autre main, il en applique le pouce sur la veine qu'il veut ouvrir, de manière à fixer en même temps ce vaisseau et à tendre la peau qui le recouvre. Saisissant alors l'instrument qu'il tient à la bouche, de telle sorte que la lame soit tenue entre le pouce et le doigt indicateur, et la châsse dirigée en haut, il étend les trois derniers doigts pour prendre un point d'appui sur les parties voisines, fléchit les deux premiers, présente au vaisseau la pointe de l'instrument dans une direction d'autant plus perpendiculaire qu'il est plus profond, l'y plonge par la simple extension du pouce et de l'indicateur, et lorsque le défaut de résistance et la sortie du sang de chaque côté de la lame lui annoncent que celle-ci a pénétré jusque dans le calibre de la veine, il la retire, non pas en fléchissant les doigts qui la dirigent, mais au contraire en les allongeant et en élevant le poignet, afin que celui de ses tranchans qui regarde en haut, glissant du talon vers la pointe au-dessous des tégumens qu'il soulève, agrandisse l'ouverture extérieure et achève de la rendre tout-à-fait parallèle à celle de la veine. Quant à la direction générale de l'incision, elle est oblique, parallèle ou perpendiculaire à celle du vaisseau, selon qu'il est d'un médiocre, d'un gros ou d'un petit calibre, ou selon qu'on veut que le sang s'échappe lentement ou avec une grande rapidité. Cette incision terminée, l'opérateur ferme et dépose sa lancette, et n'a plus qu'à enlever le pouce qui fixe le vaisseau, pour voir le sang s'échapper en jet et retomber en arcade dans le vase destiné à le recevoir. La saignée est bien faite lorsque le sang, sortant à pleine ouverture, forme un jet uniforme et non contourné, qui s'élève perpendiculairement de la surface de la partie. On en peut accélérer le mouvement en continuant les moyens qu'on a mis en usage pour rendre les veines apparentes; on peut, au contraire, lorsqu'on reconnaît l'indication de faire durer longtemps l'écoulement du sang, obtenir ce résultat en faisant observer au malade le plus exact repos, et en relâchant ou en enlevant tout-à-fait la ligature; le seul soin qu'il convienne de prendre alors est d'absterger, avec une éponge imbibée d'eau tiède, les caillots qui pourraient oblitérer la plaie, ou de les faire sauter en percutant légèrement le vaisseau, ou en exerçant sur lui des pressions qui ramènent le sang des extrémités vers le tronc, au dessus de l'ouverture duquel on place momentanément le doigt.

Lorsqu'on a retiré la quantité de sang voulue, et qui se mesure par le nombre de palettes ou de soucoupes qu'on a remplies, ou tout simplement à vue d'œil, on enlève la ligature; on prend, entre l'indicateur et le pouce de l'une des mains, les lèvres de la plaie, que l'on presse légèrement l'une contre l'autre, tandis qu'avec l'autre main et une éponge mouillée on lave la partie, qu'on essuie ensuite avec un linge sec; après cela on lâche la plaie, qui se trouve ordinairement assez agglutinée pour que le sang ne s'en échappe plus, et on la recouvre d'une mouche de taffetas gommé, qu'on soutient, si on le juge convenable, avec une compresse et une bande assez serrée pour s'opposer à la sortie du sang par la plaie, mais assez lâche pour permettre à la circulation veineuse de se faire dans le vaisseau. On peut aussi suspendre l'écoulement du sang en comprimant la veine avec le pouce, au dessous de la piqûre, si c'est une veine des membres; après quoi on fait le pansement comme il est dit ci-dessus.

Quelquefois on prévoit qu'on sera obligé de renouveler la saignée peu de temps après l'avoir pratiquée : on peut alors éviter de faire une nouvelle piqûre : il suffit pour cela de recouvrir les bords de la plaie de quelque corps gras, au moment du pansement; puis, lorsqu'on veut tirer de nouveau du sang, de replacer la ligature et d'exercer quelques percussions sur le vaisseau distendu, et de recommander au malade de contracter fortement les muscles de la partie. On peut ainsi faire servir une même piqûre à plusieurs saignées. Cependant il ne faudrait pas abuser de ce moyen : car la rupture réitérée de la cicatrice commençante exciterait nécessairement la suppuration dans la plaie, et pourrait d'ailleurs irriter la veine et déterminer une phlébite.

L'opération de la saignée, simple en apparence, présente souvent des difficultés assez grandes dans son exécution; ainsi, l'embonpoint du sujet, son extrême maigreur, son indocilité, l'étroitesse naturelle des veines, leur rétrécissement par des cicatrices de saignées antérieures, leur situation sur des parties qu'il est important de ménager, etc., peuvent rendre la saignée difficile et dangereuse.

L'embonpoint du sujet rend les veines profondes, et fait qu'il est impossible de les voir et difficile de les reconnaître par le toucher, quels que soient les moyens qu'on emploie pour les rendre apparentes. Cependant lorsque dans la direction connue de la veine que l'on cherche, le doigt rencontre un cylindre rénitent; lorsque deux doigts, placés à grande distance l'un de l'autre sur le trajet qu'il forme et exécutant sur lui de petites percussions sèches, se renvoient la sensation d'un choc produit par une colonne de liquide ébranlée; lorsque enfin on sent la rénitence et la tension de ce cylindre augmenter, en même temps qu'on exécute sur la partie des frictions capables de pousser le sang des rameaux vers le tronc principal, quelque obscures que soient ces sensations, il faut, après avoir marqué de l'ongle le lieu où l'on veut pratiquer la ponction, se décider à plonger la lancette perpendiculairement sur ce qu'on a droit de supposer être le vaisseau : et il faut le faire sans trop attendre, car lorsque la ligature reste long-temps appliquée, toutes les veines de la partie se gonflent, la peau devient violette, le tissu cellulaire sous-cutané s'engorge, et les troncs veineux deviennent plus difficiles à distinguer. Une autre difficulté qui se présente souvent sur les sujets doués de beaucoup d'embonpoint, résulte de l'interposition de quelques flocons du tissu cellulaire adipeux sous-cutané entre les lèvres de la plaie, et de la gêne ou de l'obstacle complet qu'ils apportent à l'écoulement du sang, tant qu'on ne réussit pas à les réduire à l'aide d'un stylet boutonné ou qu'on ne se décide pas à les exciser avec des ciseaux courbes.

La maigreur, lorsqu'elle est fort considérable, relâche les liens qui unissent les veines aux tégumens et aux parties sous-jacentes; elles deviennent *mobiles* et fuient au devant de l'instrument dont elles éludent l'action, il est facile d'obvier à cette difficulté en appliquant fortement le pouce très-près du lieu où l'on se propose d'ouvrir la veine, et en dirigeant l'incision en travers.

Les veines d'un petit calibre et celles qui sont rétrécies par des cicatrices fournissent rarement une quantité de sang convenable, parce que l'ouverture devant être elle-même fort étroite, elle se trouve facilement oblitérée par le sang qui se coagule sur ses bords. On ne peut prévenir cette difficulté qu'en choisissant, dans le premier cas, un vaisseau d'un volume convenable, ou, si on ne le peut, en incisant en travers celui sur lequel on est obligé d'agir, et dans le second cas, en piquant au dessous de la portion rétrécie.

La situation des veines sur une artère, un nerf, ou sur tout autre organe qu'il est important de ménager, augmente encore les difficultés de la saignée, surtout lorsque ces veines sont en même temps recouvertes par une grande épaisseur de parties, parce qu'on est obligé de porter la lancette perpendiculairement sur elles, et qu'il est difficile de juger à quelle profondeur elles sont exactement situées. Lorsqu'elles sont superficielles, on peut, en général, en procédant avec précaution, et en dirigeant la lancette très obliquement, de manière à labourer en quelque sorte le tissu et à n'ouvrir que le côté du vaisseau qui correspond à la peau, éviter les organes qu'on a intérêt à ménager. Cependant il est prudent de ne faire de semblables saignées que lorsqu'on ne peut y suppléer par aucun autre moyen.

De toutes les difficultés, l'une des plus graves est celle qui tient à l'indocilité du malade et aux mouvemens inconsidérés auxquels il se livre. Lorsqu'on ne peut parvenir à les calmer, il faut ouvrir la veine en accompagnant les mouvemens de la partie avec la main qui tient l'instrument; ce qui ne peut se faire que lorsqu'on est doué d'une grande habitude et d'une grande dextérité. Il est toujours utile, dans ce cas, de faire coucher les sujets.

Ces difficultés sont souvent la cause que l'opération n'est exécutée que d'une manière imparfaite.

Ainsi, quelquefois on fait ce qu'on appelle une saignée *blanche*, c'est-à-dire que la veine n'a pas été ouverte. Presque toujours alors, lorsqu'on ne s'est pas trompé sur le siége de la veine, on la découvre au fond de la plaie, et il suffit de plonger l'instrument plus avant pour l'ouvrir. Dans quel-

ques cas, le vaisseau a été ouvert, mais il est à peine effleuré; l'ouverture en est trop étroite, et l'on voit le faible jet qui s'en échappe diminuer rapidement, et cesser bientôt à mesure que le sang se coagule sur les bords de l'ouverture. Il faut alors agrandir celle-ci, soit en plongeant de nouveau la même lancette et pratiquant un mouvement d'élévation en la retirant, soit en se servant d'une lancette plus large. D'autres fois la veine a été incisée; l'ouverture est libre et assez large, mais le sang ne coule pas, ou il cesse brusquement de couler. Cela tient ordinairement, ou à ce que la ligature trop serrée empêche le sang d'arriver par les artères, ou à ce que le malade cesse de faire agir les muscles de la partie, ou enfin à ce qu'il tombe en syncope. Indiquer ces causes, c'est indiquer en même temps la conduite à tenir. Enfin, souvent le sang s'échappe de l'ouverture, mais avec difficulté, et le jet, au lieu de s'élever perpendiculairement de la surface de la partie, sort en tournoyant, et il est plus ou moins incliné. Ceci tient au défaut de parallélisme entre l'ouverture du vaisseau et celle des tégumens, et il suffit de tirer ceux-ci du côté opposé à celui vers lequel le jet s'incline, pour voir le sang sortir avec facilité et dans une direction convenable.

La phlébotomie est quelquefois suivie d'accidens. Lorsqu'un filet de nerf a été incomplètement coupé, la douleur, légère dans les cas ordinaires, devient alors très-vive (voy. *Névrite* et *Plaies des nerfs*). Quand l'ouverture de la peau et celle de la veine ne sont pas parallèles, et surtout lorsque la première est plus étroite que la seconde, le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané, et forme une *ecchymose* ou un *trumbus* (voy. ces mots). La saignée produit souvent la syncope; c'est surtout quand on tire en très-peu de temps une grande quantité de sang que cet accident se montre. Il faut remédier à la syncope par les moyens appropriés, et dont les plus importans sont de faire coucher le malade et d'arrêter l'écoulement du sang; enfin elle est quelquefois suivie d'hémorragie, due tantôt à quelque mouvement inconsidéré du malade, pendant lequel les lèvres de la plaie se sont écartées, tantôt à ce que le bandage trop serré empêche le retour du sang vers le centre, et le force à stagner, à s'accumuler dans le vaisseau, qu'il ne tarde pas à distendre outre mesure et dont il rompt bientôt la cicatrice commençante. Les efforts répétés d'expiration, et tous les obstacles à la circulation, produisent le même effet. Mais les plus graves accidens dont la saigée soit quelquefois suivie, sont la phlébite, l'inflammation violente du bras lui-même, et la gangrène (voy. ces maladies).

*Saignée du bras.* On appelle ainsi celle qui se pratique au pli du coude. On trouve dans cette région quatre veines que l'on peut ouvrir, et qui sont, de dehors en dedans, la *céphalique*, la *médiane*, la *basilique* et la *cubitale*. La première de ces veines, presque verticale, est plongée au milieu d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire graisseux qui la masque, et elle est environnée par un grand nombre de filets nerveux dont il est impossible de connaître la situation précise, et d'éviter sûrement la lésion; la médiane plus apparente, et oblique de haut en bas et de dehors en dedans, est aussi environnée de ramuscules nerveux, et correspond inférieurement à l'artère brachiale; la basilique, la plus apparente et la plus volumineuse de toutes, est moins que les précédentes environnée de nerfs, mais dans son trajet oblique de haut en bas et de dedans en dehors, elle est presque tout entière couchée sur l'artère brachiale, laquelle a des rapports intimes avec le nerf médian; enfin la cubitale, plus apparente que la céphalique et entourée de beaucoup moins de nerfs, est ordinairement plus mobile et d'un volume peu considérable. Il résulte de là que, toutes les fois que cette dernière paraît suffisamment volumineuse, c'est elle qu'on doit choisir, parce que son ouverture offre beaucoup moins de chances d'accidens que celle des autres. Dans le cas contraire, c'est entre la partie supérieure de la médiane et la céphalique qu'il faut opter; mais la première étant plus apparente, c'est ordinairement sur elle que doit tomber le choix. Enfin, bien que la basilique soit la plus grosse et la plus apparente, ce n'est que dans le cas d'absolue nécessité, et lorsque la saignée des autres paraît impossible ou semble devoir être infructueuse, qu'on doit se déterminer à l'ouvrir.

Lorsqu'on veut pratiquer la saignée du bras, on fait asseoir le malade, ou, s'il est faible, indocile, ou difficile à saigner, on le fait coucher sur son lit. Le bras est alors découvert, étendu et tourné en supination; on reconnaît la situation et le trajet de l'artère brachiale et ses rapports avec les veines du pli du bras, et l'on fait choix du vaisseau qu'on juge mériter la préférence: si la veine basilique est la seule qui paraisse pouvoir être ouverte, on marque de l'ongle le point où cette veine s'éloigne le plus de l'artère. On applique le plein de la ligature sur la partie inférieure du bras à trois ou quatre travers de doigt au dessus du pli du coude, on en croise les chefs en arrière en la serrant modérément, et on les ramène en dehors, où on la fixe par une rosette simple sans nœud. On laisse le membre pendant quelques instans dans une position demi-fléchie; puis, lorsque les veines sont suffisamment gonflées, le chirurgien, après avoir placé l'aide qui doit l'éclairer, ainsi que celui qui doit tenir le vase destiné à recevoir le sang, et disposé sa lancette, se place vis-à-vis du malade, en dedans du bras sur lequel il doit opérer, étend ce membre, en saisit et en retient l'extrémité entre son coude et le côté de sa poitrine, tandis que sa main, embrassant le coude du malade, soutient et fixe le membre, et attire les tégumens en arrière à l'aide de la paume placée en dehors et de l'extrémité des doigts placés en dedans, pour les tendre en travers sur le vaisseau. Il fait sur la face palmaire de l'avant-bras, et avec la face dorsale des doigts de la main qui doit opérer, quelques frictions dirigées de bas en haut, et à l'instant où, par l'effet de ces frictions, la veine est gonflée autant que possible, il applique sur elle le pouce de la main qui tient le coude, la fixe, l'empêche de se dégonfler, et tend les tégumens de haut en bas. Saisissant alors la lancette de la main droite pour opérer sur le bras droit, et réciproquement (quelques chirurgiens, qui ne

sont pas *ambidextres*, saignent de la main droite sur le bras gauche comme sur le bras droit, ils se placent alors en dehors de ce membre), et prenant, à l'aide des trois derniers doigts étendus, un point d'appui sur la partie interne du coude, il la plonge dans le vaisseau en suivant les préceptes qui ont été émis plus haut. L'incision faite et la lancette déposée, il place entre les doigts du malade son lancettier ou tout autre corps solide et cylindrique qu'il lui prescrit de tourner dans la main, afin d'exciter les contractions musculaires et de faire passer le sang des veines profondes dans les veines superficielles; en même temps il soutient le bras avec ses deux mains en recommandant au malade de le lui abandonner, l'expérience ayant prouvé que le sang s'écoule avec beaucoup moins de facilité lorsque celui-ci soutient lui-même son membre. On termine l'opération comme il a été dit. Lorsqu'on croit devoir faire usage d'un bandage pour arrêter l'écoulement du sang, ou lorsqu'on n'a pas de taffetas gommé à sa disposition, on comprime le vaisseau avec le pouce au-dessous de l'ouverture, et l'on s'oppose ainsi à l'écoulement du sang par la plaie pendant les mouvemens nécessaires au pansement. On place sur la plaie une petite compresse, et on l'y maintient à l'aide des doigts indicateur, médius et annulaire de la main qui a opéré, auxquels le pouce de la même main, appuyé sur la face postérieure de l'avant-bras, sert de point d'appui. Enfin, on complète le pansement par une bande ordinaire, longue d'une aune et demie à deux aunes, roulée ou non, dont on arrête le chef sur le côté externe du membre avec le pouce de la main qui tient la compresse, et qu'on porte ensuite successivement sur celle-ci, sur les parties interne, postérieure, externe et inférieure du bras, sur la compresse, en dehors, en arrière, en dedans de la partie supérieure de l'avant-bras, sur la compresse et ainsi de suite, de manière à former un bandage en huit de chiffre, dont les jets sont croisés sur la plaie, et dont les chefs sont ensuite noués ensemble ou fixés avec des epingles. On ne saurait trop répéter que ce bandage ne doit point empêcher la circulation de se faire dans le système veineux du membre.

La saignée du bras, sujette aux mêmes inconvéniens que les autres, a, de plus qu'elles, celui d'exposer à la lésion d'une artère volumineuse. En effet, la veine basilique a des rapports tellement intimes avec l'artère brachiale, qu'il faut beaucoup de précautions pour ne pas atteindre celle-ci en ouvrant celle-là. Il y a plus, c'est que la division de l'artère du bras en radiale et cubitale, et la séparation de ces deux branches, qui n'a ordinairement lieu qu'au niveau du pli du coude ou à peu près, s'opérant quelquefois à la partie supérieure du membre, il en résulte que la veine basilique n'est pas la seule qui puisse être accolée à un tronc artériel, et qu'on doit toujours, avant de pratiquer la saignée en cet endroit, s'assurer par le toucher s'il n'existe pas de battemens derrière la veine qu'on veut piquer (1).

C'est pour avoir négligé ces précautions, ou pour n'avoir pas voulu se conformer aux préceptes de l'art, que beaucoup de chirurgiens ont eu le malheur de produire cet accident, devenu plus fréquent depuis quelques années, en raison sans doute du plus grand nombre de saignées qui se pratiquent. La blessure de l'artère brachiale offre, dans les signes par lesquels elle s'annonce et dans les suites qu'elle peut avoir, des différences qui tiennent aux dispositions variées que la plaie peut présenter. Lorsque, par l'effet d'un changement de rapport entre l'artère et la veine, les plaies de ces deux vaisseaux ne sont plus parallèles, alors le sang artériel s'infiltre dans le tissu cellulaire du membre, et il en résulte ce qu'on appelle un anévrysme faux primitif, qui s'annonce par les symptômes propres à cette maladie et qui en réclame le traitement (voyez *Plaies des Artères* et *Anévrismes.*) Lorsqu'au contraire la plaie de l'artère, celle de la veine et celle de la peau sont parallèles, il s'élance de la dernière un jet de sang beaucoup plus fort que celui d'une saignée ordinaire : ce jet, au lieu de couler uniformément, est alternativement plus fort et plus faible : à chacune des secousses qu'il éprouve, et qui sont isochrones aux contractions du cœur, il est composé de deux parties qui sont unies sans être confondues, et dont l'une est formée par un sang rouge et vermeil, tandis que l'autre ne présente que la couleur du sang veineux; dans l'intervalle des contractions du cœur, il est moins fort et formé par le sang noir seul. Il en est de même lorsqu'on comprime l'artère au-dessus de l'ouverture; lorsqu'au contraire on comprime la veine au-dessous de la plaie, il est tout entier formé par du sang artériel, et, et cessant d'être continu, il ne jaillit que par saccades. A ces signes il est impossible de méconnaître la lésion de l'artère brachiale : on remédie à cet accident par une compression méthodique, et surtout par la ligature (voy. *Lésions de continuité*).

*Saignée du poignet.* Lorsque les veines du pli du bras ne peuvent être rendues apparentes par aucun moyen, on a proposé de suppléer à leur saignée par celle des veines qui se trouvent au poignet ou sur le dos de la main, et dont les principales sont la *salvatelle*, qui, formée par des veinules des derniers doigts, monte sur la partie interne et postérieure du dos de la main, pour se rendre à la face postérieure de l'avant-bras, où elle prend le nom de *cubitale postérieure*; et la *céphalique du pouce*, ou tout simplement la veine du pouce, qui, née de la face postérieure du pouce et de l'indicateur, monte entre le premier et le second os du métacarpe, d'où elle se dirige sur la partie externe de l'avant-bras. Les règles à suivre pour ouvrir ces veines ne présentent rien de particulier.

*Saignée du pied.* On pratique la saignée du pied sur les veines saphènes interne et externe, au niveau de la malléole correspondante, ou sur quelques unes des branches qui leur servent de racines, et qu'on trouve sur le coude-pied. Tous

(1) Nous dirons cependant, qu'ayant été à même d'observer cet accident plusieurs fois, nous ne l'avons jamais vu survenir qu'à l'occasion de la saignée de la basilique, l'artère ayant sa disposition normale.

ces vaisseaux sont recouverts par une aponévrose mince, surtout apparente au devant de la saphène interne, et ils sont environnés par un assez grand nombre de filets nerveux, dont les plus volumineux et les plus nombreux, provenant du nerf du même nom, se trouvent encore autour de la même veine. Toutefois, malgré cette disposition défavorable, c'est ordinairement sur ce vaisseau qu'on pratique la saignée du pied, parce que le plus souvent il est le seul qui soit assez volumineux pour fournir une quantité de sang convenable. On applique la ligature, soit autour de la partie supérieure de la jambe, soit autour de sa partie inférieure, à trois travers de doigt des malléoles; et comme son action sur les muscles de la partie s'oppose à leur contraction, et que d'ailleurs les veines sont d'un volume peu considérable, on fait asseoir le malade sur le bord de son lit, et on plonge la jambe dans un grand vase rempli d'eau chaude, pour les rendre plus apparentes. Lorsque ces vaisseaux sont suffisamment distendus, le chirurgien, assis vis-à-vis du malade sur un siége bas, fait sortir le pied de l'eau, et en appuie le talon sur son genou garni d'une alèze; il renverse légèrement le membre en dehors s'il veut saigner la saphène interne, et saisit la lancette de la main droite s'il veut opérer sur le membre droit du malade, et réciproquement; si au contraire il veut ouvrir la saphène externe, il renverse fortement le membre en dedans, parce que cette veine se porte entre la malléole et le tendon d'Achille, et il opère de la main gauche sur le côté droit, et de la main droite sur le côté gauche. La ponction est faite d'après les règles ordinaires, et le membre replongé dans l'eau. La force et la rapidité du jet, le temps qui s'est écoulé depuis l'instant de la piqûre, et l'intensité de la coloration de l'eau, servent à faire juger la quantité du sang qu'on a retiré. Lorsque cette quantité paraît suffisante, on enlève la ligature, on fait retirer le pied de l'eau, on l'essuie en même temps qu'on applique le pouce pour suspendre l'écoulement du sang, et l'on place sur l'ouverture une compresse qu'on soutient par le bandage dit *en étrier*. Celui-ci figure un huit de chiffre, dont les jets se croisent sur le coude-pied, et dont les anses embrassent l'extrémité inférieure de la jambe et la plante du pied. Pour le faire, on prend une bande roulée longue d'une aune et demie; on en laisse pendre le chef du côté du talon opposé à la saignée; on la conduit ensuite sur la compresse, et successivement, autour de la partie inférieure de la jambe, sur le coude-pied en croisant le premier jet, sous la plante du pied, sur le coude-pied, autour de la jambe, et l'on continue de la même manière jusqu'à ce que la bande soit déroulée; alors on noue ensemble le chef qu'on a en main et celui qu'on a d'abord laissé pendant.

La saignée du pied ne présente pas d'accidens qui lui soient particuliers; mais elle expose plus que celle du bras à des douleurs vives et à des accidens spasmodiques qui dépendent de la lésion des nerfs nombreux dont sont environnées les veines, sur lesquelles on la pratique, et à des accidens inflammatoires compliqués d'étranglement, dont la gravité, quelquefois très-considérable, tient à la résistance que l'aponévrose, qu'on est obligé de traverser pour parvenir jusqu'au vaisseau, oppose au gonflement du tissu cellulaire au milieu duquel il est plongé, lorsque ce tissu vient à s'enflammer.

*Saignée du cou.* C'est sur les veines jugulaires externes qu'on pratique la saignée du cou. Ces vaisseaux, étendus le long des parties latérales du cou, où ils ne sont recouverts que par la peau, le muscle peaucier, et quelques rameaux nerveux, sont superficiels, et par conséquent faciles à voir et à atteindre. Le malade, assis sur une chaise ou dans son lit, doit incliner légèrement la tête du côté opposé à celui où l'on veut faire la piqûre; ses épaules sont garnies d'alèzes. Ici, le danger d'occasioner la suffocation et de déterminer la stase du sang veineux dans le crâne s'oppose à l'emploi d'une compression circulaire, et oblige le chirurgien à ne mettre en usage qu'une compression locale pour retenir le sang dans le vaisseau. Il y a plusieurs manières d'établir cette compression: quelques personnes, après avoir placé une compresse épaisse et ferme sur l'extrémité inférieure de la veine, immédiatement au dessus de la clavicule, jettent par dessus et autour du cou quelques tours de bande circulaires très-lâches, et, après avoir noué ensemble les deux chefs de la bande, font passer le doigt d'un aide dans le tour le plus intérieur, et lui prescrivent de tirer à lui et du côté opposé à la compresse, afin d'appuyer sur celle-ci sans comprimer la trachée-artère ni la veine jugulaire du côté opposé. La manière qui nous a paru la meilleure consiste à appliquer sur la compresse le plein d'une bande déroulée, dont on ramène les chefs obliquement devant et derrière la poitrine, pour les confier à un aide placé du côté opposé, et qui, les saisissant de chacune de ses mains, tire dessus également. Lorsque le vaisseau paraît assez plein, on l'ouvre à la partie inférieure, au dessus du lieu où la compression est établie. On n'est pas d'accord sur la direction à donner à l'incision. Quelques chirurgiens, dans le but de ménager les fibres du muscle peaucier, qui sont obliques d'arrière en avant et de bas en haut, pratiquent l'incision parallèlement à ces fibres. Ils prennent pour cela la lancette de la main droite pour saigner sur le côté gauche, et *vice versâ*. D'autres, et nous nous rangeons de leur avis, pour ouvrir au sang une plus libre issue, conseillent d'inciser dans une direction perpendiculaire à celle de ces fibres pour les couper en travers. L'incision faite, on recommande au malade de mâcher un papier plié en plusieurs doubles, un morceau de bouchon, ou quelque corps semblable. Mais quelle que soit l'exactitude avec laquelle le malade se conforme à ce précepte, ou celle avec laquelle la compression soit établie, la liberté des communications est telle entre les veines du cou, qu'il est rare que le sang s'échappe en jet, et que presque toujours on est obligé d'appliquer au dessous de l'ouverture une gouttière formée d'une lame d'argent, ou tout simplement par une carte repliée, et qui, recueillant le sang qui s'échappe en bavant de la plaie de la veine, le transmet dans le vase destiné à le recevoir.

Enfin, quand l'écoulement du sang paraît suffi-

plaie ; on retire la compression, on place sur l'ouverture une compresse, et on l'y fixe à l'aide de quelques tours de bande, dont les uns sont jetés circulairement autour du cou, et dont les autres passent obliquement sous l'aisselle du côté opposé.

La saignée des jugulaires, facile à exécuter en ce qui regarde la recherche et l'ouverture du vaisseau, mais difficile et fatigante à cause de la lenteur avec laquelle le sang s'écoule, et de l'impossibilité dans laquelle on se trouve souvent d'en obtenir une quantité suffisante, expose à des dangers assez grands lorsqu'elle n'est pas exécutée convenablement.

Bosquillon a vu périr deux enfans chez lesquels on avait intéressé, dans une saignée du cou, le rameau de la branche antérieure de la troisième paire cervicale qui vient s'anastomoser avec l'anse renversée de l'hypoglosse. Nous nous sommes assurés par la dissection que sur beaucoup de sujets il suffit que la tête soit fortement tournée du côté opposé pour que, le muscle sterno-mastoïdien se portant en avant, la veine jugulaire externe se trouve immédiatement appliquée sur les parties dont ce muscle la sépare ordinairement, et par conséquent sur l'arcade nerveuse dont nous parlons. Et il est facile de sentir que, si le sujet est très-maigre et si la veine n'a que de petites dimensions, comme cela a nécessairement lieu chez les enfans, la lancette pourra bien, après l'avoir traversée de part en part, atteindre les nerfs placés plus profondément. Toutefois l'instrument est beaucoup plus exposé à rencontrer quelques uns des filets sous-cutanés du plexus cervical superficiel que l'anastomose du grand hypoglosse avec la troisième paire cervicale, parce que ces nerfs sont placés entre le peaucier et la veine qu'ils enlacent et qu'ils croisent presque horizontalement à peu près vers le milieu de sa hauteur. Pour éviter tous ces nerfs, il suffira de ne jamais ouvrir la veine au dessus du lieu qui correspond à la réunion de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs.

Mais un autre accident beaucoup plus grave est l'introduction de l'air dans la veine. Il paraît qu'il ne s'est encore présenté chez l'homme que dans certaines extirpations de tumeurs volumineuses où la veine du cou s'est trouvé intéressée; mais quelques vétérinaires l'ont observée sur le cheval, et il pourrait se faire qu'il se produisît un jour sur l'espèce humaine pendant les saignées du cou. On conçoit qu'au moment où le sang, appelé par un grand mouvement d'inspiration, se précipite dans la poitrine, l'air facilité par la brièveté du trajet de la plaie et par l'amplitude et la dilatibilité des vaisseaux, peut bien y pénétrer à la suite. Un sifflement prolongé, analogue à celui qui est produit par la rentrée de l'air sous le récipient de la machine pneumatique, annonce que cet accident a lieu : une syncope subite et mortelle le suit immédiatement, et fait connaître qu'il a produit sur l'économie son effet accoutumé. M. Bouley jeune, très-habile vétérinaire de Paris (1), a sauvé l'animal sur lequel il l'a observé, en continuant à faire couler le sang. M. Magendie, après l'avoir produit artificiellement sur les chiens, l'a fait cesser, en introduisant par l'ouverture de la veine jusque dans l'oreillette droite du cœur, une sonde de gomme élastique montée sur une seringue, à l'aide de laquelle il a repompé le fluide élastique (1). Nous ne comprenons guère comment le sang, dans une saignée ordinaire, cesse de couler lorsque la ligature est assez serrée pour arrêter les battemens de l'artère, pourrait continuer de couler lorsqu'il survient une syncope complète, comme celle qui a lieu dans le cas dont nous parlons. Quant au moyen mis en usage par M. Magendie, l'expérience n'a pas encore fait connaître de quelle utilité il pourrait être, et jusqu'à quel point il serait possible de l'employer sur l'homme. Jusqu'à présent, l'introduction de l'air dans le système veineux a été produite d'une manière tellement brusque et inopinée, que tous les individus sur lesquels on l'a observée sont morts. Il suffit, pour l'éviter, lorsqu'on pratique la saignée de la jugulaire, de n'enlever la compression qu'après avoir réuni la plaie.

La saignée du bras, celle du pied et celle du cou sont à peu près les seules qui soient en usage aujourd'hui. La première est celle qu'on emploie lorsqu'on n'a à remplir que des indications générales, et dans des maladies qui affectent la poitrine, l'abdomen ou les membres ; la seconde est employée comme un moyen révulsif puissant dans les maladies de la tête et de la gorge ; mais la troisième paraît ne pas jouir de toute l'efficacité qu'on lui a attribuée. Quelques médecins prétendent même qu'elle va directement contre le but qu'on se propose, en ce que, soustrayant rapidement une grande quantité de sang veineux au cerveau, elle y détermine un afflux plus rapide et plus fort de sang artériel.

Autrefois on saignait encore plusieurs autres veines qu'on ne saigne plus aujourd'hui. Cependant l'expérience a prouvé dans ces dernières années à M. Janson, chirurgien de Lyon, que les saignées pratiquées sur les veines qui reviennent des parties enflammées sont beaucoup plus efficaces que les autres ; et il pourrait bien se faire que d'ici à quelque temps on saignât, non-seulement toutes les veines qu'on saignait autrefois, mais encore certaines autres qu'on n'était pas dans l'usage d'ouvrir. Nous nous bornerons à indiquer les procédés à suivre pour saigner les principales de ces veines,

*Saignée du front.* On a saigné la veine frontale et l'angulaire de l'œil dans les maladies de cet organe. Le procédé consiste à faire faire des efforts d'expiration, à appliquer le pouce sur la veine gonflée, à l'ouvrir au dessus de ce doigt, et ensuite à faire tenir au malade la tête penchée en avant, et continuer les efforts d'expiration pour faire couler le sang.

*Saignée de la langue.* On a aussi ouvert les veines ranines dans les maladies de la langue et de la bouche. Il suffit pour mettre en évidence ces veines, placées immédiatement sous la membrane

(1) Voyez *Journal de Physiologie expérimentale*, par M. Magendie, membre de l'Institut, etc., tome I, pages 197 et suivantes.

(1) *Journal cité*, pages 190 et suivantes du tome 1.

muqueuse et au dessous de la langue, de faire couler le sang, lorsque l'ouverture est pratiquée, d'ordonner au malade de solliciter sa sortie par la succion. Le sang doit être rejeté au dehors. Ordinairement il s'arrête de lui-même lorsque le malade cesse de sucer et respire librement; mais s'il continuait à couler, un bourdonnet de charpie placé sous la langue l'arrêterait certainement.

*Saignée de la verge.* Enfin, Calissen a proposé d'ouvrir la veine placée sur la face dorsale du pénis, dans le cas d'inflammation vive de cet organe. Si l'on voulait avoir recours à cette opération, il faudrait, après avoir gonflé le vaisseau au moyen d'une ligature placée sur la base de l'organe, l'ouvrir en travers à l'aide d'une lancette, portée très-obliquement, pour éviter de blesser les corps caverneux. Si cette veine se trouvait superposée à une artère, on ferait tourner la peau dont elle suit les mouvemens pour la faire changer de rapports.

Quant aux autres veines que l'on pourrait saigner, comme elles occupent toutes les membres, les procédés dont on devrait faire usage pour les ouvrir rentrent dans ceux dont il a été parlé à l'occasion de la saignée du bras, du pied, etc.

*Artériotomie.* Les artères qui rampent à la surface du crâne sont presque les seules qui, par leur position superficielle, leur petit calibre, et leur situation sur des os susceptibles de présenter un point d'appui solide à la compression, offrent réunies les conditions nécessaires pour être ouvertes sans danger. Toutes les présentent à peu près au même degré; cependant l'artère temporale est jusqu'ici la seule qu'on ait osé ouvrir, et le mot d'artériotomie ne signifie rien autre chose, dans le vocabulaire médical, que la saignée de cette artère. On ne pratique peut-être pas assez cette saignée dans les affections cérébrales. Les observations du docteur Desruelles tendent cependant à démontrer qu'elle l'emporte beaucoup sur la saignée de la jugulaire (1). L'appareil se compose d'un bistouri ou d'une très-forte lancette, d'une compresse carrée et très-épaisse, d'une bande longue de deux à cinq aunes, et roulée à un seul ou à deux cylindres, et d'alèzes. Le malade étant assis, ou, ce qui vaut mieux, couché, les alèzes placées et la partie rasée, on recherche avec le doigt la direction de l'artère temporale; si les battemens n'en sont pas sensibles à l'œil, on marque de l'ongle le lieu où on se propose d'ouvrir le vaisseau, et l'on pratique sur ce lieu même une incision transversale, dans laquelle l'artère se trouve comprise : on abaisse ensuite fortement la lèvre inférieure de la plaie, afin que le jet de sang qui se dirige de bas en haut et vient frapper contre la supérieure, se porte directement en dehors. Si on ne réussissait pas à faire couler le sang en jet, on pourrait faire usage de la gouttière.

Lorsqu'on a retiré une quantité convenable de sang, on rapproche les lèvres de la plaie en les comprimant, on lave la partie, on applique la compresse sur l'ouverture et on la soutient au moyen de la bande. Autrefois on formait avec celle-ci ce qu'on appelait le *nœud d'emballeur*, et, pour l'exécuter, on se servait d'une bande de cinq aunes roulée à deux cylindres. Le plein de cette bande étant appliqué sur la compresse, on conduisait horizontalement les deux cylindres sur la tempe opposée, où on les croisait en les changeant de main pour les ramener sur la compresse, on les changeait encore de main, et on les croisait de nouveau; puis appuyant les deux jets de bande l'un sur l'autre et faisant décrire aux cylindres un quart de cercle de manière à former un nœud, on les portait, l'un sur le sommet de la tête, l'autre sous le menton, on les croisait tous les deux sur le côté opposé à la saignée, on les ramenait ensuite sur la compresse, où un nouveau changement de direction, formant un nouveau nœud, appuyant sur le premier, les rendait de nouveau horizontaux, et l'on formait ainsi plusieurs nœuds superposés les uns aux autres; après quoi on employait les restes de la bande à former quelques tours circulaires. Ce bandage établit inutilement une compression très-forte et très-douloureuse on le remplace très-bien par une bande à l'aide de laquelle on fait quelques tours circulaires convenablement serrés.

*Sangsues.* L'emploi des sangsues offre le moyen le plus efficace et le plus usité pour opérer la saignée locale. L'écoulement de sang qu'elles procurent est, eu égard à l'étendue de la plaie qu'elles font, plus considérable et prolongé pendant beaucoup plus long-temps que celui que l'on obtient par tout autre moyen, parce que plongeant dans l'épaisseur de la peau, et quelquefois jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles pompent le sang dans le système capillaire lui-même; tandis que lorsqu'on applique une ventouse sur des piqûres faites par l'instrument tranchant, la succion qu'elle opère, s'exerçant à l'extérieur de la plaie, reste quelque fois peu efficace. Les sangsues peuvent être appliquées sur toutes les parties, rassemblées dans un petit espace ou disséminées, et employées en tel nombre qu'on le juge utile. Enfin, on peut avec elles produire instantanément une grande perte de sang, ou bien n'en appliquant qu'un petit nombre à la fois, et les remplaçant à mesure qu'elles se détachent, obtenir un écoulement peu considérable continué pendant long-temps. Nous en avons fait précédemment connaître le mode d'action.

On reconnaît la sangsue médicinale à sa couleur d'un brun verdâtre, aux six bandes jaunes mouchetées de brun que présente son dos, et aux taches jaunâtres dont elle est marquée en dessous. Les meilleures sont celles d'une grosseur moyenne, dont les mouvemens sont rapides et vigoureux, qui dans leur raccourcissement brusque, sont fermes, et forment bien ce que les marchands appellent l'*olive*, et qui ont vécu dans une eau limpide et courante. On peut les appliquer sur toutes les parties du corps où l'on ne rencontre ni vaisseaux considérables ni nerfs superficiellement placés. Leurs morsures traversent quelquefois la peau, et l'expérience a prouvé qu'elles pouvaient occasioner des accidens graves en blessant des nerfs, des artères ou des veines, d'où le précepte de les éloigner de ces parties. On a aussi conseillé de ne pas les appliquer sur les ouvertures naturelles du corps, de peur qu'elles ne pénètrent dans les cavités dont ces ouvertures sont les orifices, mais il

(1) *Journal universel des sciences médicales*, tome XVII, pag. 115 et suivantes.

suffit de surveiller leur action pour prévenir cet accident. Enfin, à moins de les appliquer en nombre tel, qu'on soit certain de produire un écoulement de sang suffisant pour faire cesser incontinent l'inflammation, on doit éviter de les placer sur les points où les tégumens sont actuellement enflammés.

Les parties sur lesquelles on veut faire prendre des sangsues doivent être rasées, nettoyées avec soin, et, pour peu qu'elles conservent d'odeur, lavées avec de l'eau sucrée ou avec du lait, dont ces animaux sont fort avides. Le malade étant garni d'alèzes, et les sangsues ayant été retirées de l'eau depuis au moins deux ou trois heures, on les place, si la surface sur laquelle on veut les appliquer est assez large, dans un verre ou au centre d'un linge qu'on renverse sur la partie, et qu'on y maintient jusqu'à ce qu'elles soient attachées. Lorsque la partie est étroite, profondément placée, ou que le lieu sur lequel on doit agir est exactement déterminé, on est obligé de les prendre une à une avec les doigts, ou de les enfermer dans un tube de verre, ou dans une carte roulée sur elle-même, ou dans un tuyau de plume fendu suivant sa longueur, dont on applique l'extrémité qui correspond à leur tête, sur la surface où l'on a l'intention de les faire mordre, tandis qu'un bâtonnet engagé par l'autre extrémité du tube sert à les pousser en avant. C'est ainsi qu'à l'aide d'un *speculum uteri* et d'un tube de verre on applique des sangsues jusque sur le col de l'utérus.

Les sangsues se détachent d'elles-mêmes quand elles sont suffisamment gorgées. On doit alors, pour favoriser l'écoulement du sang, recouvrir toute la partie d'un cataplasme émollient, ou mieux, absterger incessamment les ouvertures qu'elles ont faites avec une éponge imbibée d'eau tiède, afin d'enlever les caillots à mesure qu'ils sont produits. On peut, en administrant convenablement ces soins, faire couler le sang pendant douze ou quinze heures; mais après ce temps il finit ordinairement par s'arrêter, et l'on n'a plus qu'à recouvrir la partie d'un linge fin, ou mieux d'un cataplasme émollient, pour préserver les piqûres, assez disposées à s'enflammer, de l'action irritante des vêtemens du malade.

Quelquefois, au lieu de l'exciter, on est obligé d'arrêter l'écoulement du sang, dont l'abondance pourrait compromettre l'existence du sujet. C'est surtout chez les enfans très-jeunes que cette indication peut se présenter; on y réussit facilement, soit en recouvrant les piqûres des sangsues de quelques morceaux d'amadou sec ou imbibé de vinaigre, soit en plaçant dessus un linge plié en plusieurs doubles sur lequel on appuie pendant quelques instans une spatule fortement échauffée, soit en les cautérisant avec le nitrate d'argent, ou avec un petit bouton de feu.

Il arrive quelquefois que des sangsues s'introduisent par les ouvertures naturelles jusque dans les cavités tapissées par des membranes muqueuses, sur lesquelles elles s'attachent en produisant des accidens assez graves. Il faut aussitôt faire quelques injections d'eau salée ou vinaigrée, ou de vin, de fumée ou de décoction de tabac, et l'animal ne tarde pas à se détacher et à être expulsé au dehors.

*Ventouses*. Les ventouses sont des vases de verre, de forme à peu près globuleuse, qui présentent vers leur fond un bouton par lequel on les saisit, et vers le côté opposé un col très-large et très-court, dont le bord est arrondi. Elles appellent le sang dans les parties sur lesquelles on les applique, en opérant une forte succion, ou, ce qui revient au même, en soustrayant plus ou moins ces parties à la pression atmosphérique. On distingue les ventouses en *sèches* et en *scarifiées*, selon que leur action se borne à cet appel des fluides dans les tissus, ou que, des scarifications ayant d'abord été faites, le sang s'écoule au dehors à mesure qu'il est attiré dans l'organe. Les ventouses sèches appliquées sur un tissu actullement enflammé ont constamment pour effet d'augmenter la congestion et l'inflammation; aussi les applique-t-on ordinairement loin du siége de la maladie, parce qu'on les emploie alors comme *révulsives*; les ventouses scarifiées, au contraire, agissent comme les sangsues, et doivent être rapprochées, autant que possible, du siége du mal.

L'application des ventouses est une des opérations les plus simples de la chirurgie. La partie ayant été préalablement rasée et mise dans un état convenable, on commence par raréfier l'air contenu dans l'instrument, soit en faisant brûler dans son intérieur un peu d'étoupe, de coton cardé, de charpie ou de papier découpé, soit en le tenant pendant quelque temps au dessus de la flamme d'une bougie ou d'une lampe, et on l'applique rapidement sur le lieu indiqué. Au bout de quelques instans, l'air raréfié se condense par l'effet du refroidissement, il se fait un vide dans la ventouse qui devient fort adhérente, et la partie qu'elle recouvre, soustraite à la pression de l'air, se gonfle, devient plus ou moins rouge, et s'élève en faisant saillie vers le fond de l'instrument. Les Arabes, qui faisaient un grand usage de ventouses, se servaient de cornes ou de cornets qu'ils appliquaient par leur grosse extrémité, et dans lesquels ils faisaient le vide au moyen de la succion opérée sur la petite extrémité. On a dernièrement perfectionné ce moyen par l'invention de la ventouse à pompe, qui n'est autre chose qu'une ventouse ordinaire, surmontée d'une tubulure à laquelle est adaptée une pompe aspirante servant à faire le vide sous la cloche. On ne risque pas avec cet instrument, de brûler la peau, en appliquant sur elle une cloche trop échauffée ou des étoupes en combustion; mais comme il est d'un prix élevé, et qu'il suffit de quelques précautions très-simples pour éviter l'inconvénient reproché aux ventouses ordinaires, nous pensons qu'il peut être avantageusement remplacé par elles. Quoi qu'il en soit, lorsque la ventouse a été appliquée pendant un quart-d'heure ou une demi-heure, on la détache en la renversant d'une main, tandis qu'avec l'extrémité du doigt indicateur de l'autre, ou avec une spatule, on abaisse les tégumens afin de permettre à l'air de rentrer dans son intérieur; quand on s'est servi de la ventouse à pompe, il suffit pour la détacher d'ouvrir la tubulure, la rougeur et l'ecchymose se dissipent ensuite en quelques

jours. C'est à cela que se borne l'opération, lorsqu'on ne veut appliquer que des ventouses sèches. Pour appliquer des ventouses scarifiées, on commence d'abord de la même manière. Lorsque la partie est suffisamment injectée, on détache la ventouse et on pratique les scarifications, et on réapplique de nouveau la ventouse, qu'on détache dès qu'elle ne tire plus. Si la quantité de sang obtenue ne paraît pas suffisante, on peut laver les piqûres avec une éponge imbibée d'eau tiède, et réappliquer de nouveau la ventouse; mais il est rare que le sang recommence à couler, et presque toujours il faut répéter complètement l'opération.

*Bdellomètre.* MM. Demours et Sarlandière se sont occupés presque en même temps, il y a quelques années, de trouver un instrument qui pût à la fois opérer la succion et faire les scarifications. C'est à cet instrument que M. Sarlandière a imposé le nom de bdellomètre. Les avantages que ces médecins lui ont attribués sont de pouvoir suppléer aux sangsues dans les pays où ces animaux manquent, d'abréger de beaucoup la durée de l'opération de l'application des ventouses scarifiées, et de la rendre moins douloureuse en pratiquant les piqûres dans le vide.

L'instrument de M. Demours n'est autre chose qu'une ventouse, qui présente de côté une tubulure sur laquelle est montée une pompe aspirante, et vers son fond une autre tubulure surmontée d'une boîte à *cuirs*. A travers cette boîte passe perpendiculairement une tige d'acier, terminée par un disque horizontal sur lequel sont fixées plusieurs lames de lancette, que l'on rend plus ou moins saillantes en éloignant ou en rapprochant du disque une grille à travers laquelle passent leurs pointes. Pour appliquer cet instrument, on place et on fixe la grille de manière à ne laisser dépasser des lancettes qu'une longueur proportionnée à la profondeur à laquelle on veut que les piqûres pénètrent, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire sous-cutané; on place la ventouse, on fait le vide, on abaisse la tige jusqu'à ce que les piqûres soient produites, on la relève, et le sang jaillit jusque vers le fond de la cloche.

L'instrument de M. Sarlandière a, de plus que celui de M. Demours, une troisième tubulure, latérale et inférieure, à laquelle est adapté un robinet destiné à donner écoulement au sang lorsque la cloche se trouve trop remplie. Cette addition serait inutile, alors même que le sang ne se coagulerait pas; comme il le fait presque toujours, car ce liquide ne pourrait s'écouler qu'autant que l'air pénétrerait dans la cloche; or, si, au moment où on ouvre le robinet, l'instrument est à peu près plein, l'air ne pénétrera pas, et le liquide restera retenu dans la cloche par l'effet du vide, et si l'air pénètre par ce robinet, le sang pourra couler, mais le vide cessera, et l'instrument ne tenant plus, il sera plus court et plus commode de l'enlever pour le vider.

Le bdellomètre ne peut pas plus que les ventouses scarifiées remplacer les sangsues; l'écoulement que produisent tous ces instrumens, toujours fort à son début, parce que les tissus sont gorgés de sang, s'arrête bientôt, parce que la succion ne s'opère qu'en dehors des piqûres, et que les parties fortement attirées dans la cloche se trouvent pressées et comprimées à leur passage à travers son ouverture. Il n'est pas prouvé que la douleur des piqûres soit moindre dans le vide qu'à l'air libre; et quant à l'avantage qu'on lui attribue sur les ventouses scarifiées, d'abréger la durée de l'opération, il est si faible qu'il mérite à peine d'être mentionné. Cet instrument coûte fort cher, et la plupart des praticiens emploient de préférence les ventouses scarifiées, lorsqu'ils ne peuvent se procurer de sangsues.

Nous ne parlerons pas d'une modification que M. Sarlandière a fait subir au bdellomètre pour le rendre propre à agir dans les fosses nasales, le vagin, etc., et qui consiste à substituer à la cloche un tube de verre contenant une tige armée d'un pinceau de soies de sanglier, qui aurait pour usage d'opérer la déchirure des vaisseaux capillaires de la partie. Les tubes à l'aide desquels on porte les sangsues au fond des cavités nous paraissent plus propres à remplir le but que ce médecin se propose.

*Acupuncture.* L'acupuncture est une opération fort usitée à la Chine et au Japon où elle a été inventée. On l'exécute en faisant pénétrer dans les tissus par un simple mouvement de ponction, ou par un mouvement de ponction uni à un mouvement de rotation, ou en l'enfonçant avec un maillet de corne ou d'ivoire, une aiguille d'or, d'argent ou d'acier bien trempé, surmontée d'un manche taillé en spirale. Lorsque cette opération est exécutée avec adresse, l'aiguille peut pénétrer à de grandes profondeurs sans produire ni douleur vive, ni aucune lésion grave. Il est toutefois prudent de l'éloigner du trajet des gros troncs vasculaires et nerveux. On ignore la manière d'agir de ce moyen thérapeutique, que M. Berlioz a essayé de naturaliser en France, et que, dans ces derniers temps, M. J. Cloquet a tenté de faire revivre (1). N'agirait-il pas en soutirant le fluide nerveux dans les parties où il s'accumule, comme les pointes soutirent le fluide électrique? Ce qui tend à faire croire qu'il en pourrait bien être ainsi, c'est qu'il réussit surtout dans les *névroses*. Quoi qu'il en soit, on n'emploie pas assez l'acupuncture. Outre le parti que l'on peut en tirer dans les névroses, elle est de beaucoup préférable aux mouchetures lorsqu'il s'agit de donner issue à la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, dans le cas d'anasarque.

*Mouchetures.* Lorsque les parties enflammées sont pourvues d'un grand nombre de vaisseaux capillaires sanguins, comme cela a lieu à la conjonctive, aux gencives, au prépuce, à la langue, il suffit de les inciser légèrement pour provoquer un écoulement de sang considérable. On a mis cette circonstance à profit dans la pratique, et l'on remplace quelquefois l'application des sangsues par des *mouchetures*. Ce sont de petites plaies superficielles, dirigées en travers de la direction des vaisseaux à diviser, dont le nombre est proportionné au dégorgement que l'on veut produire, et qu'on exécute avec la pointe d'une lancette. On met

(1) *Traité de l'Acupuncture, d'après les observations de M. J. Cloquet*, par Dantu de Vannes, Paris, 1826, in-8°.

ensuite un cataplasme sur la partie, ou on l'expose à la vapeur de l'eau chaude pour faire couler le sang.

C'est surtout dans les inflammations de la conjonctive que les mouchetures sont utiles; appliquées à la plupart des autres tissus, elles ne provoquent qu'un écoulement de sang insuffisant et ajoutent à l'irritation locale.

On a quelquefois proposé d'employer les mouchetures dans le but de procurer une issue à la sérosité accumulée sous la peau. Elles peuvent en effet remplir ce but; mais souvent elles produisent, surtout lorsqu'elles sont multipliées, chez les vieillards, et lorsque la peau est froide et décolorée, une inflammation qui se termine par la gangrène des tégumens.

*Scarifications.* Les scarifications sont des plaies plus étendues que les mouchetures, et qu'on pratique dans les mêmes circonstances et dans le même but. Leur étendue plus considérable fait qu'elles offrent à un plus haut degré les avantages et les inconvéniens de ces dernières.

On se sert pour pratiquer les scarifications d'un instrument compliqué, imaginé depuis fort longtemps, et nommé à cause de son usage *scarificateur.* Il est composé d'une sorte de boîte de cuivre ou d'argent, de forme cubique, qui présente sur une de ses faces douze, seize ou vingt fentes, destinées à livrer passage à autant de pointes de lames de lancettes, qui, mues par un ressort et sortant par une des extrémités des fentes et rentrant par l'autre en décrivant au dehors un demi cercle, font en un instant presque indivisible, autant de plaies à la surface sur laquelle l'instrument est posé. Cet instrument offre le très-grand avantage d'agir avec une si grande célérité, que la douleur qu'il produit est presque nulle; il a de plus celui de faire des plaies dont l'étendue et la profondeur peuvent toujours être calculées d'avance. C'est, sans contredit, le meilleur qu'on puisse employer; mais sa structure compliquée le rend difficile à entretenir dans un état convenable, et les chirurgiens français lui préfèrent le bistouri, qu'ils font agir en le promenant légèrement et dans divers sens à la surface des parties. M. Larrey a fait construire un *scarificateur* qui consiste en un onglet tranchant, partant à angle droit d'une tige qui s'articule avec un manche comme la lame d'un bistouri. Cet instrument, dont on se sert comme du bistouri, a sur lui l'avantage de ne pas faire des plaies beaucoup plus profondes qu'on ne se propose, lorsqu'il est conduit par des mains inhabiles; mais il est très-difficile de le faire couper, et nous le croyons inutile. M. le professeur Cruveilhier, ayant reconnu les bons effets de la saignée de la membrane pituitaire dans les cas de phlegmasies cérébrales, a inventé, pour la pratiquer, un instrument qu'il propose à tort de nommer *phlébotome* de la pituitaire, puisqu'il agit sur le tissu même de la membrane plutôt que sur les veines qui la parcourent, et qui ne nous paraît être autre chose qu'un scarificateur. Il est formé sur le modèle du lithotome caché, et a deux lames de rechange, dont l'une est pointue comme un trocart, et dont l'autre est terminée par un bord tranchant de deux lignes de longueur. La première de ces deux lames sert lorsqu'on ne veut obtenir qu'un écoulement de sang peu abondant; la seconde doit être employée quand on veut faire une saignée plus considérable. Nous n'avons jamais vu cet instrument, que l'on remplacera toujours avec avantage par l'application d'une ou deux sangsues de chaque côté de la cloison des fosses nasales, ou par des mouchetures faites avec la pointe d'une lancette.

*Incisions et débridemens.* Lorsque la congestion est si considérable et si rapide que les moyens ordinaires de provoquer un dégorgement local seraient insuffisans, il faut recourir à des incisions profondes qui procurent un écoulement de sang dont l'intensité soit proportionnée à celle de l'afflux. C'est ainsi que nous avons vu, il y a peu de temps, un homme dont la lèvre supérieure était devenue le siége d'une congestion telle, que quelques minutes avaient suffi pour faire acquérir à cet organe un volume énorme, une couleur livide et une dureté tout-à-fait extraordinaire. Nous crûmes ne pouvoir mettre cette lèvre à l'abri d'une gangrène inévitable, qu'en l'incisant profondément dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur, de son bord libre à son bord adhérent.

Lorsque la continuation ou l'intensité de l'inflammation tiennent à la résistance que des tissus fibreux, placés autour des organes phlogosés, opposent à leur développement morbide, c'est encore par des incisions qu'on fait cesser l'étranglement des parties et la violence des symptômes; mais alors les incisions portent moins sur les parties irritées que sur les tissus qui les serrent, et elles portent à cause de cela le nom de *débridemens*.

*Compression.* C'est un moyen qui peut être fort utile dans le traitement de certaines inflammations; mais il est nécessaire d'en surveiller les effets. En général, elle convient dans tous les cas où une inflammation chronique a affaibli les tissus, dilaté les vaisseaux et rendu la circulation des fluides difficile, et où, en même temps, il n'existe ni douleur, ni irritation vives. Dans ces cas, la compression supplée à la résistance affaiblie des tissus. On a aussi proposé d'opposer ce moyen aux inflammations aiguës, soit en l'appliquant sur le trajet de l'artère principale de la partie, soit en l'appliquant sur la partie elle-même: dans l'un et l'autre de ces cas, la compression agirait en s'opposant à l'abord du sang. On conçoit qu'appliqué loin du siége de la maladie, ce moyen puisse, dans le premier cas, la faire diminuer ou cesser, en lui enlevant en quelque sorte son aliment nécessaire: mais qu'appliquée sur la partie elle-même, la compression puisse combattre avec efficacité une inflammation violente, cela ne s'explique pas aussi facilement; surtout lorsque l'on se rappelle que dans les inflammations profondes des membres on est obligé d'inciser largement les aponévroses d'enveloppe, dont la résistance produirait infailliblement la gangrène des tissus phlogosés. Et cependant l'efficacité de cette compression n'est pas douteuse; on a vu des érysipèles phlegmoneux promptement améliorés ou guéris par son emploi. M. Velpeau en a consigné un grand nombre d'exemples dans les *Archives générales de Médecine.* Nous avons vu également consignées quelque part, sans

pouvoir nous rappeler dans quel écrit, des observations intéressantes d'inflammations articulaires guéries par le même moyen.

Ce n'est point ici le lieu de faire connaître les moyens d'établir une compression sur les artères; nous nous bornerons à établir les règles d'après lesquelles la compression des membres, la seule qui puisse être soumise à des règles générales, doit être exécutée. Pour faire le bandage *compressif* ou *roulé*, on se sert d'une bande dont la longueur et la largeur varient suivant les dimensions de la partie. Les règles à suivre dans son application sont: 1° que le bandage soit commencé à la partie inférieure du membre, quelle que soit la hauteur où le mal se trouve placé, afin d'éviter les engorgemens séreux, sanguins ou inflammatoires qui pourraient survenir au dessous; 2° qu'il soit conduit par une constriction décroissante depuis la partie inférieure du membre où il commence jusqu'à la supérieure où il finit; 3° que la constriction qu'il exerce soit proportionnée au besoin, sans être jamais assez considérable pour empêcher la circulation et déterminer des engorgemens divers ou la gangrène de la partie; 4° qu'il n'arrive que peu à peu, c'est-à-dire après plusieurs pansemens, au degré de constriction qu'on se propose de lui donner; 5° qu'il soit renouvelé et visité souvent; 6° que du reste on se conforme, pour l'application de la bande, aux règles établies ailleurs.

*Embrocations* ou *onctions*. C'est surtout contre les *douleurs* des inflammations chroniques que les embrocations sont en usage. On les fait en répandant des huiles ou des graisses chargées de quelques propriétés médicamenteuses, sur les parties affectées, que l'on enveloppe ensuite de flanelle sèche.

*Fomentations*. On emploie les fomentations lorsqu'une maladie est légère et superficielle, ou comme moyen auxiliaire dans les inflammations graves. On les fait en recouvrant les parties malades d'un morceau de flanelle ou de linge plié en plusieurs doubles et imbibé de quelque décoction émolliente, narcotique, astringente, etc. Ce pansement est ordinairement appliqué chaud ou tiède; il a besoin, pour être efficace, d'être souvent renouvelé, afin de prévenir la sécheresse ou le refroidissement. On se trouve très-bien de recouvrir l'appareil d'un morceau de taffetas gommé qui prévient l'un et l'autre de ces inconvéniens. Il est de la plus haute importance de ne pas laisser exposées au contact de l'air les parties sur lesquelles on entretient des fomentations, parce que ces parties sont beaucoup plus sensibles aux changemens brusques de température.

*Cataplasmes*. Les cataplasmes sont beaucoup plus employés que les embrocations et les fomentations, parce que la matière qui les compose, et à laquelle on donne différentes propriétés médicamenteuses, conserve plus long-temps la chaleur et l'humidité, et n'a pas besoin d'être renouvelée aussi souvent. Cette matière doit avoir la consistance d'une bouillie épaisse; trop ferme, elle aurait moins d'action, se dessècherait par l'effet de la chaleur de la partie, et occassionerait de la douleur et de l'irritation; trop liquide, elle s'écoulerait sur les parties voisines, souillerait l'appareil, et, réduite à une couche très-mince, se dessècherait comme dans le premier cas. La meilleure manière d'employer les cataplasmes est de les appliquer à nu: pour cela on étend la pâte qui les forme sur un linge dont on replie les quatre bords, afin de la retenir, et, après avoir rasé la partie et recouvert la plaie, s'il en existe, d'une couche mince de charpie, on pose le cataplasme de manière qu'il soit partout en contact immédiat avec les tégumens. Cependant, lorsque l'on craint que la matière du cataplasme pénètre dans quelque cavité, on la recouvre d'un morceau de linge fin, ou on la renferme dans un linge replié sur lui-même. Pour maintenir un cataplasme appliqué, il faut étendre par dessus une compresse plus grande que lui, et fixer le tout à l'aide de tours de bande serrés sur ses deux extrémités, c'est-à dire aux endroits où elle dépasse le cataplasme, lâches au contraire dans tous les points où elle est en contact avec lui. On doit renouveler les cataplasmes d'autant plus souvent que leur composition les rend plus susceptibles de fermentation, ou que les matières dont ils sont formés comprennent des principes plus volatils. En général, on les renouvelle deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

M. Blaquière a proposé de remplacer la pâte du cataplasme par des tranches minces d'éponge fine appliquées sur la partie, et sans cesse humectées avec des décoctions appropriées au but que l'on se propose de remplir. L'expérience lui a prouvé que ce moyen remplit les mêmes indications que les cataplasmes; qu'il est moins fatigant par son poids, moins susceptible de s'altérer; qu'il n'a pas besoin d'être renouvelé aussi souvent, et ne salit pas, comme eux, les parties sur lesquelles on l'applique.

*Frictions*. Les frictions peuvent être faites dans deux buts différens. Quelquefois on se propose seulement d'opérer par leur moyen une *révulsion* sur le système cutané; d'autres fois on les pratique dans l'intention de faire pénétrer dans l'économie, et par voie d'absorption, quelque substance médicamenteuse. Dans le premier cas, on les exécute en frottant la peau de la partie, jusqu'à ce qu'elle soit rouge et chaude, avec la main ou avec une flanelle ou une brosse, seules ou imprégnées de quelque vapeur aromatique: on les appelle alors frictions *sèches*. Elles conviennent peu dans les inflammations intérieures aiguës, mais elles constituent un des meilleurs révulsifs externes dans les phlegmasies chroniques et faibles des viscères intérieurs. Pourvu qu'elles soient faites de manière à ne pas arracher l'épiderme ou à ne pas produire la vésication, on peut les répéter très-souvent et leur donner une très-longue durée. Dans le second cas, la partie étant rasée, nettoyée et exposée à un feu clair, on étend la substance médicamenteuse, qui ordinairement est à l'état liquide ou mou, et le malade fait, avec la paume de la main, des frictions qu'il continue jusqu'à ce que le médicament soit absorbé. Lorsque le sujet ne peut pas faire lui-même cette opération, le chirurgien l'exécute, mais avec la précaution d'envelopper la main qui opère dans un gant ou dans une vessie, afin d'éviter qu'il n'absorbe lui-même une

partie du médicament; ce qui aurait le double inconvénient de l'exposer inutilement à l'action d'une partie du remède, et de diminuer d'autant l'effet à produire. La friction achevée, on recouvre la partie avec un linge ou une flanelle, et on n'en recommence une nouvelle qu'après avoir enlevé par un bain ou par des lotions toutes les portions de la substance médicamenteuse qui, n'ayant pas été absorbées, se seraient desséchées à la surface du derme et en obstrueraient les pores absorbans.

*Endermie.* On nomme ainsi une nouvelle manière de faire pénétrer les médicamens dans l'économie, dont on doit l'heureuse idée à MM. Lembert et Lesieur. Elle consiste à appliquer les substances médicamenteuses à la surface de la peau, préalablement dénudée de son épiderme. On y a recours avec le plus grand avantage dans tous les cas où l'estomac trop irritable ou enflammé repousse les médicamens que réclame la nature de la maladie ou s'irrite et s'enflamme plus fortement à leur contact. Cette méthode permet en outre d'appliquer les agens thérapeutiques aussi près que possible du siége du mal, ce qui offre souvent une ressource précieuse dans toutes les douleurs superficielles et principalement dans les névralgies. On ne peut employer de la sorte que les médicamens qui ont une action énergique sous un petit volume, tels que l'acétate de morphine, les extraits d'aconit, de belladone, de jusquiame, la strychnine, l'émétique, le sulfate de quinine, etc. Il faut toujours avoir le soin que la surface dénudée dont on se sert pour faire absorber ces substances, soit toujours bien abstergée de pus ou de fausses membranes, et qu'elle soit peu enflammée; l'absorption ne pouvant s'exercer pleinement que sous ces conditions. Quant aux moyens de dénuder la peau, ils sont assez nombreux, mais les plus usités sont les vésicatoires et la pommade ammoniacale, dont il sera bientôt question; ils méritent la préférence sur tous les autres.

*Rubéfians.* On emploie, pour rougir fortement la peau et y déterminer une irritation dérivative plus forte que celle des frictions sèches, plusieurs substances telles que la farine de graine de moutarde, l'ail pilé, la poix de Bourgogne, la térébenthine, les bains alcalins, les acides étendus, etc. Le plus employé de tous ces moyens est la farine de moutarde délayée dans du vinaigre ou mieux dans l'eau tiède, et dont on fait une pâte qu'on employe comme un cataplasme. C'est ordinairement autour du pied et de la partie inférieure de la cuisse que ce topique, appelé *sinapisme*, est appliqué. Pour qu'il ait quelque efficacité, il faut qu'il agisse sur une large surface. On doit le retirer lorsque le malade ressent une chaleur un peu vive, car il pourrait produire la vésication. En général, deux à trois heures suffisent pour qu'il ait produit l'effet désiré

*Vésicatoires.* Plusieurs des topiques dont on se sert pour produire la rubéfaction sont susceptibles de déterminer la vésication, lorsqu'on les tient en contact pendant un temps assez long avec la peau. On peut aussi produire le même effet en laissant séjourner pendant un peu de temps sur le derme quelques uns des moyens connus de produire l'escharification des tissus. Mais, de tous les moyens, le plus employé est un emplâtre ordinairement composé de vieux levain et de vinaigre, ou de quelque substance emplastique, et qui doit sa propriété vésicante à une certaine quantité de poudre de cantharides dont on le recouvre avant de l'appliquer. Depuis un certain nombre d'années les pharmaciens préparent un taffetas *vésicant*, qui ne contient que la matière extractive des cantharides et irrite beaucoup moins les voies urinaires. Pour préparer l'emplâtre vésicatoire, on l'étend sur un linge dont on replie les bords, afin de l'empêcher de porter, en coulant, son action sur les régions voisines, et on le saupoudre de cantharides, auxquelles quelques personnes font mêler du camphre en poudre, afin de préserver la vessie de l'inflammation qu'elles produisent quelquefois; lorsqu'on fait usage du taffetas vésicant, il suffit d'en tailler un morceau de la grandeur de l'ampoule qu'on veut produire. Cela fait, on rase la partie, on la frotte avec un linge imbibé de vinaigre jusqu'à ce qu'elle soit rouge; on applique le vésicatoire, qu'on maintient en place à l'aide d'une compresse et d'un bandage approprié; douze heures après, l'ampoule est produite, et on peut relever l'emplâtre. La conduite du chirurgien est alors différente, selon qu'il veut ou non entretenir la suppuration dans la plaie. S'il veut ne produire qu'un effet momentané, ou n'appliquer, comme on le dit, qu'un vésicatoire *volant*, il incise, çà et là, la vésicule afin de la vider, et applique par dessus un linge fin enduit de cérat. Au bout de quelques jours de l'emploi de ce pansement, l'épiderme soulevé se détache, et le tissu muqueux sous-jacent est recouvert d'un épiderme de nouvelle formation. Si au contraire c'est un vésicatoire permanent qu'il veut établir, il incise largement l'épiderme sur la circonférence de la vésicule, le saisit avec des pinces et l'enlève, et panse la plaie avec une feuille de poirée ou un linge enduit de beurre ou de cérat, auquel il mêle par la suite une plus ou moins grande proportion de pommade au garou, de pommade épispastique, d'onguent basilicum, d'onguent de la mère, etc., chaque fois que la suppuration lui paraît avoir besoin d'être ranimée. Il ne faut cependant pas faire un trop grand usage des excitans, parce qu'ils ont l'inconvénient d'enflammer et de dessécher la plaie, de provoquer la formation d'une fausse membrane adhérente à sa surface, et qu'on ne peut en détacher que de force à l'aide des pinces ou en la frottant rudement avec un linge dur; quelquefois même ils produisent l'inflammation vive de la partie, ou celle des ganglions lymphatiques voisins.

Lorsqu'on veut convertir un vésicatoire en cautère, il suffit d'appliquer sur la plaie un emplâtre de cérat percé d'un trou dans lequel on place un pois, d'abord petit, puis de plus en plus gros, qu'on soutient à l'aide d'une compresse épaisse, et de quelques tours de bande un peu serrés. Par l'effet de ce pansement, le point sur lequel appuie le pois se déprime, et finit par former une cavité capable de le recevoir complètement, tandis que le reste de la plaie se cicatrise.

*Eau bouillante.* La lenteur avec laquelle les rubéfians et les vésicatoires agissent, les rend inu-

tiles dans tous les cas où une forte congestion se formant avec beaucoup de rapidité sur un organe important, comme cela a lieu dans quelques cas d'apoplexie, de convulsion ou d'hémoptysie, etc., on veut ajouter à l'effet des saignées abondantes que l'on pratique ordinairement alors, par l'emploi d'un irritant dérivatif qui agisse au moment même de son application. L'eau bouillante dont on imbibe une compresse pliée en plusieurs doubles, et qu'on applique ensuite pendant quelques secondes sur la partie où l'on veut établir un point de dérivation, offre dans ces cas un moyen en quelque sorte héroïque, mais qui demande quelque habitude dans son emploi, parce qu'on peut facilement aller au delà du but, c'est-à-dire déterminer l'escharification des tissus, au lieu d'une vésication ou d'une simple rubéfaction.

*Pommade ammoniacale* et *ammoniaque pure*. M. Gondret a eu l'idée d'incorporer l'ammoniaque avec la graisse ou le suif, pour en former une pommade qui pût au besoin servir de rubéfiant, de vésicatoire ou d'escharotique. Pour s'en servir, on l'étend sur un linge en couche épaisse d'une demi-ligne à une ligne, et on l'applique pendant cinq ou dix minutes, ou un quart-d'heure, selon qu'on veut produire le premier, le second, ou le dernier de ces effets. Ce topique, moins douloureux que le cautère actuel et l'eau bouillante, a encore sur eux l'avantage de ne pas étendre son action au delà du contact, et de pouvoir être appliqué sur des tissus voisins d'autres tissus qu'il importe de ménager. C'est ainsi qu'il est préférable pour opérer la cautérisation sincipitale, parce qu'il ne peut pas, comme la chaleur qui s'échappe en rayonnant d'un corps en ignition, s'étendre jusqu'aux membranes du cerveau ou au cerveau lui-même. Mais il a l'inconvénient de s'affaiblir en peu de temps, parce que l'alcali volatil se dégage, de sorte que quand on n'a pas de pommade récemment préparée, on n'est pas sûr de l'effet qu'on produira. Cette raison a déterminé quelques praticiens à employer l'ammoniaque liquide pure, dont ils se servent comme de l'eau bouillante.

*Moxa*. On appelle *moxas* certains corps combustibles qu'on fait brûler sur la peau. On les prépare ordinairement avec du coton cardé, roulé en cylindre très-serré, fortement ficelé et revêtu d'une toile solidement cousue. Mais l'amadou, l'étoupe, la mèche des canonniers, peuvent servir à composer ce cylindre. Plus le moxa est compacte et plus son action est forte. Pour être appliqué facilement, il doit être coupé net à ses deux extrémités. Son diamètre est plus ou moins grand selon l'effet qu'on veut produire; en général, il est de huit à dix lignes; il peut n'être que de trois à quatre, et aller jusqu'à un pouce et demi.

Lorsqu'on veut appliquer un moxa, on met le malade dans une position telle qu'on puisse facilement se rendre maître de ses mouvemens, on couvre la partie d'un linge mouillé, au centre duquel on a pratiqué une ouverture qui doit correspondre au lieu sur lequel on veut faire l'application du cylindre. On saisit alors le moxa avec une pince à anneaux, on enflamme une des extrémités en la présentant à une bougie allumée, on l'applique par l'autre extrémité que l'on place dans l'ouverture du linge, et on entretient la combustion jusqu'à ce qu'il soit entièrement consumé, en soufflant doucement dessus, soit avec la bouche, soit avec un soufflet ordinaire, soit avec un chalumeau. Un sentiment de chaleur auquel succède bientôt une douleur des plus vives, la rougeur, la formation d'une vésicule qui se rompt avec éclat et fait place à une escharre noire ou jaune, sèche, insensible, qui pénètre l'épaisseur de la peau, et est entourée de rides rayonnantes, indices du racornissement que le tissu du derme a subi, tels sont les phénomènes qui accompagnent l'application du moxa. L'opération terminée, la douleur cesse aussitôt. On recouvre la partie d'un linge sec, d'un emplâtre d'onguent de la mère, ou si l'on veut d'un cataplasme émollient, le tout contenu par une compresse et une bande, jusqu'à la chute des parties désorganisées, qui arrive en général du vingtième au trentième jour; après quoi on panse la plaie comme une perte de substance simple, si l'on veut la guérir, ou on la convertit en cautère en y plaçant un ou plusieurs pois.

MM. Percy, Larrey et Sarlandière, dans l'intention de diminuer les douleurs de cette opération, ont proposé de composer le moxa: le premier, avec la moelle de l'*helianthus annuus* qu'on a fait préalablement bouillir dans une forte dissolution de nitrate de potasse; le second, à l'imitation des Japonais et des Chinois, avec le duvet de l'armoise; et le troisième, avec les feuilles de cette plante, disposées en pyramides que l'on applique par leur base et au sommet desquelles on met le feu. Ces substances légères brûlent fort vite; mais par cela même elles n'agissent que faiblement, et l'on ne doit les préférer au moxa ordinaire, que lorsqu'il faut en appliquer un grand nombre, et qu'on a l'intention d'agir long-temps plutôt qu'énergiquement.

*Fonticule ou cautère*. Le cautère est une espèce d'ulcère artificiel, que l'on empêche de se cicatriser en y plaçant un corps étranger. On doit l'éloigner des saillies osseuses, des vaisseaux, des nerfs, du trajet des tendons et du corps des muscles, et il doit être autant que possible placé dans les points où l'on rencontre beaucoup de tissus cellulaires. C'est ainsi qu'on l'applique au bras, immédiatement au dessous de l'insertion inférieure du muscle deltoïde; à la cuisse, à deux travers de doigt environ au dessus du condyle interne du fémur, sur la ligne celluleuse, bornée en avant par le muscle vaste interne et en arrière par les tendons du troisième adducteur et du droit interne; à la jambe, immédiatement au dessous de l'expansion tendineuse nommée la patte-d'oie, derrière le bord interne du tibia, et au devant de celui des muscles soléaires et jumeaux internes; à la nuque, dans l'écartement des splénius; au dos et aux lombes, dans toute la longueur des gouttières vertébrales; au thorax, aux points qui correspondent aux intervalles inter-costaux; aux hypochondres, le long du rebord inférieur des dernières côtes; enfin autour des articulations, dans les points où elles offrent les amas celluleux les plus considérables.

Il y a deux manières de pratiquer le cautère. La première et la plus simple consiste à faire avec

un bistouri, aux tégumens en place ou soulevés par un pli, une petite incision qui traverse leur épaisseur, et dans laquelle on place une boulette de charpie. On soutient celle-ci par une compresse et quelques tours de bande, et on la laisse jusqu'à ce que la suppuration soit établie, c'est-à-dire pendant quatre ou cinq jours. On la remplace alors par un pois, une petite orange, un globule de racine fraîche ou sèche d'iris, ou tout autre corps semblable; on renouvelle ensuite ce corps étranger tous les jours; on le maintient en place à l'aide de quelque emplâtre ou papier agglutinatif, ou tout simplement d'une feuille de lierre, recouverte d'une compresse et d'une bande.

La seconde manière est préférable lorsque le sujet est pusillanime et dans le cas où l'on veut produire une irritation plus forte. Elle consiste à pratiquer aux tégumens une perte de substance par le moyen d'un caustique. A cet effet, on colle sur la partie un large et épais emplâtre agglutinatif, au centre duquel on a pratiqué une ouverture qui correspond au lieu où l'on veut établir le cautère, et qui est moins grande de moitié que l'escharre que l'on veut produire; on place dans cette ouverture un morceau de potasse caustique très-pure et très-sèche, de la même grandeur qu'elle, et on l'entoure d'un cercle de charpie destiné à le maintenir et à absorber le liquide caustique qui résulte de sa liquéfaction, lequel décollerait l'emplâtre et ferait des fusées sur la peau. On applique par-dessus le tout un emplâtre sans ouverture, de la même nature et de la même grandeur que le premier, et on termine en entourant les parties d'une compresse soutenue par quelques tours de bande.

Une heure environ après l'application, le malade commence à éprouver un sentiment de chaleur brûlante qui dure pendant un temps variable. En général, au bout de douze heures l'action du caustique est épuisée et l'on peut lever l'appareil; mais il faut le laisser séjourner bien moins de temps sur la poitrine ou l'abdomen, surtout lorsque les parois de ces cavités sont minces. Au bout de quatre heures son action est ordinairement produite, la peau et le tissu cellulaire sont désorganisés, et en prolonger davantage le séjour serait s'exposer à le voir attaquer les muscles, et même pénétrer à l'intérieur et causer d'affreux ravages. L'opération a bien réussi, quand on a obtenu une escharre molle, parfaitement noire et parfaitement ronde. On accélère la chute de cette escharre en la recouvrant d'emplâtres suppuratifs; après quoi on panse la plaie comme il a été dit plus haut. Si la suppuration vient à languir, on l'excite en recouvrant le pois de pommade épispastique ou de quelque autre stimulant; si les chairs du fond ou de la circonférence du cautère végètent avec beaucoup d'activité, on les réprime avec le nitrate d'argent, ou on les excise.

*Séton.* On appelle séton une bandelette de linge effilée sur ses bords, ou une mèche cylindrique de coton à broder, qu'on passe à travers certaines parties, dans lesquelles on veut exciter une irritation vive et provoquer la suppuration. C'est ainsi qu'on passe un séton entre les fragmens d'une fracture ancienne non réunie, ou à travers la tunique vaginale hydropique, etc. Employé comme moyen révulsif, on place toujours le séton dans le tissu cellulaire sous-cutané; à la nuque, par exemple, dans les inflammations de la tête, des yeux et de la gorge; sur les côtés de la poitrine, dans les affections des organes contenus dans cette cavité, etc.

L'opération par laquelle on place un séton sous-cutané, l'une des plus simples et des plus faciles, se pratique par deux procédés différens. Pour l'exécuter par le procédé le plus ordinaire, on prépare une alèse, de la charpie, une compresse, une bande, et on se munit d'un bistouri droit et aigu, ainsi que d'un stylet-aiguille, dans lequel on passe la mèche, qu'on enduit de cérat ou de quelque autre corps gras. L'alèse étant placée et la partie rasée, le chirurgien fait aux tégumens un pli perpendiculaire à la direction qu'il veut donner au séton, et, après en avoir confié une extrémité à un aide, tandis qu'il tient l'autre entre le pouce et l'indicateur de l'une de ses mains, il en traverse la base avec le bistouri, en appuyant un peu sur la pointe et relevant le talon, afin de faire la plaie de sortie aussi large que celle d'entrée; il retire l'instrument, en évitant d'inciser davantage les parties, et y substitue le stylet-aiguille, qu'il tire par le point opposé à son entrée, jusqu'à ce qu'il soit sorti et qu'il ait entraîné après lui deux ou trois pouces de la longueur de la mèche. Quelques personnes glissent ce stylet sur la lame du bistouri; mais quand on tient bien le pli fait aux tégumens, le trajet entre les deux plaies est si court, qu'il est tout-à-fait impossible de se fourvoyer, et en suivant le procédé qui vient d'être décrit, on évite l'embarras de tenir et de faire agir en même temps deux instrumens dans une plaie étroite.

Dans le second procédé, le meilleur, parce qu'il est le plus court, on ne se sert ni du bistouri ni du stylet, mais on fait usage d'un instrument qui les remplace tous deux, parce qu'en même temps il fait la plaie et y dépose la mèche. Cet instrument est l'aiguille à séton, formée d'une lame plate, longue de cinq à six pouces, terminée en pointe de lancette par une de ses extrémités, et présentant à l'autre une ouverture dans laquelle on passe le séton. Pour se servir de cet instrument, on présente sa pointe à la base du pli de la peau, qu'on traverse rapidement, et on le retire par le point opposé à son entrée.

Enfin, dans ces derniers temps, M. Jacquemyns, médecin belge, a imaginé un *passe-mèche*, qui, comme le précédent, fait la plaie et dépose la mèche en même temps, et a sur lui l'avantage de pouvoir être manié avec plus de facilité, de rendre l'opération plus prompte, et d'épargner par conséquent de la douleur au malade. Qu'on se figure l'aiguille à séton ordinaire, percée d'un chas à un pouce et demi de sa pointe, et s'articulant avec un manche à quelques lignes plus loin, et l'on aura une idée assez juste de cet instrument. On conçoit que la mèche se trouve passée aussitôt, pour ainsi dire, que les deux ouvertures sont pratiquées, et qu'il est inutile dès lors de faire parcourir tout le trajet de la plaie par une lame de cinq à six pouces, comme cela arrive avec l'aiguille à séton. On retire donc le manche qui porte la petite lame, par l'ouverture d'entrée, et cette

lame qui s'en sépare très-aisément, reste pendante au bout de la mèche à l'ouverture de sortie. Cette faculté de pouvoir retirer le manche par la première incision, a permis à l'inventeur de lui donner une forme commode pour pouvoir le tenir dans la main, et de pratiquer dans son épaisseur une case pour loger la lame. Un peu plus de longueur donnée au manche, et l'addition de quelques lames de rechange de largeurs diverses, pour pouvoir pratiquer des sétons de toutes dimensions, feront de cet instrument le plus commode qui ait été imaginé pour faire cette petite opération.

De quelque procédé qu'on ait fait usage, lorsque la mèche est passée, on lâche les tégumens, qui reprennent leur position naturelle; on dégage le stylet ou l'aiguille; on place sur les ouvertures deux plumasseaux, sur l'un desquels on relève l'extrémité de la mèche qui a parcouru le trajet de la plaie, afin qu'elle ne fasse aucun mouvement rétrograde; on place une compresse double ou quadruple, par-dessus laquelle on relève et on replie le long bout de la mèche pour le préserver de tiraillement et de souillure, et on maintient le tout par quelques tours de bande peu serrés. On ne doit commencer à panser le séton que lorsque la suppuration est bien établie; le pansement consiste à introduire tous les jours dans la plaie une nouvelle portion de la mèche qu'on a préalablement froissée entre les doigts pour l'amollir, puis enduite de cérat, et à retrancher celle qui y a séjourné depuis le pansement précédent. On diminue de beaucoup les douleurs en appliquant sur la partie et entre deux linges un cataplasme émollient qui facilite la suppuration et détrempe la mèche, et en plaçant la partie dans une position telle que la peau soit dans le plus grand relâchement possible.

Lorsque la mèche est usée, si c'est une bandelette, on en coud une nouvelle après l'extrémité de celle qui va finir, et qui sert à la conduire dans la plaie; si c'est une mèche cylindrique, on écarte dans des sens opposés trois ou quatre des fils qui la constituent, et on retranche le reste; alors on attache solidement le bout de la mèche nouvelle dans l'écartement des fils; le reste du pansement se fait comme à l'ordinaire.

Lorsque la suppuration languit, on la provoque en recouvrant le séton de quelque pommade excitante. Quelquefois la gangrène s'empare de la peau : cela dépend ordinairement de ce que le malade se tient dans une position telle que les tégumens sont fortement tendus sur la mèche. On peut éviter cet inconvénient en lui faisant prendre une position meilleure.

Mais de temps à autre, quoi qu'on fasse, il arrive que les deux ouvertures se rapprochent peu à peu l'une de l'autre et finissent par se confondre. Quelquefois aussi, mais rarement, le trajet du séton se recouvre d'une véritable cicatrice, et toute suppuration cesse. L'art est souvent impuissant pour empêcher ces accidens.

Quelques malades ne peuvent en aucune manière supporter le séton, tandis que d'autres s'en aperçoivent à peine. Deux causes contribuent surtout à le rendre très-douloureux : la première qui dépend de la manière dont l'opération a été pratiquée, tient à ce qu'en appliquant le séton sur une partie arrondie, à la nuque, par exemple, on a trop soulevé la peau avant de la traverser, et que les deux ouvertures se trouvant très-éloignées l'une de l'autre quand l'opération est achevée, la mèche décrit une courbe sur le cou au lieu de suivre un trajet direct. Il en résulte que cette mèche presse sans cesse sur la paroi profonde de la plaie, et que, pendant les pansemens surtout, cette pression est inévitable, très-forte et souvent très-douloureuse. Signaler cet inconvénient, c'est indiquer en même temps les moyens de le prévenir. La seconde cause de douleur résulte du séjour du pus dans le trajet de la plaie. Il arrive souvent en effet que, malgré les précautions les mieux prises et des pansemens bien faits, le pus s'accumule sous la peau, la distend, l'amincit, et y forme une espèce de poche qu'il faut vider par des pressions à chaque pansement, et qui dans l'intervalle occasione beaucoup de douleur. On est même quelquefois obligé de pratiquer une contre-ouverture pour faciliter l'écoulement de ce liquide. M. Mélier pense avec raison que l'on préviendrait cet inconvénient, en plaçant les sétons obliquement ou verticalement suivant les parties, de manière à rendre l'ouverture de sortie plus déclive que celle d'entrée.

---

# ORDRE PREMIER.

## IRRITATIONS INFLAMMATOIRES OU INFLAMMATIONS.

### DE L'INFLAMMATION EN GÉNÉRAL.

L'irritation inflammatoire, l'*inflammation* ou la *phlegmasie*; est la plus fréquente de toutes les formes de l'irritation. Cette vérité est aujourd'hui généralement admise. On s'accorde même à reconnaître que, dans l'histoire de la plupart des autres maladies, on la retrouve très-fréquemment encore, soit comme cause déterminante, soit comme effet, soit enfin comme complication accidentelle.

Les causes de l'inflammation sont nombreuses et variées. Toutes les violences extérieures, tous les agens irritans, toutes les influences atmosphériques, toutes les affections morales, et la plupart des corps de la nature peuvent la produire. Le tempérament sanguin, la pléthore sanguine, l'âge adulte, les alimens trop nourrissans, et les boissons alcooliques, prédisposent à la contracter.

Ces dernières causes agissent en modifiant la composition du sang, en lui imprimant des qualités nouvelles, en le rendant plus excitant pour les organes. Leur action va même quelquefois jusqu'à donner des qualités tellement irritantes à ce liquide, que sans le concours des causes extérieures appréciables, il suffit pour faire naître de violentes inflammations. Mais comme il n'acquiert que graduellement ces propriétés, on voit ces phlegmasies se préparer, pour ainsi dire, de longue main, pour éclater enfin dans un ou plusieurs organes, souvent sans cause apparente. C'est ainsi que se fomentent fréquemment ces *pneumonites*, ces *arthrites*, etc., que les malades disent qu'ils *couvaient* depuis long-temps, lesquelles se déclarent en effet sans qu'on puisse en deviner les causes occasionelles. En quoi consiste la modification que le sang a éprouvée dans ces circonstances? La chimie ne nous l'a point appris; mais la simple inspection fait voir qu'il est plus riche en fibrine, et qu'il se recouvre d'une couenne inflammatoire en se coagulant. Nous ferons remarquer en passant qu'une saignée faite à propos, en débarrassant ce liquide de son excès de fibrine et augmentant par suite la proportion du sérum qui entre dans sa composition, diminuerait ses qualités irritantes, préviendrait probablement le développement d'une phlegmasie souvent imminente, et que par conséquent les saignées dites *de précaution* ne sont pas toujours inutiles, comme on le prétend généralement aujourd'hui. Nous verrons en traitant de chaque phlegmasie en particulier quelles en sont les causes spéciales.

L'inflammation consistant, comme nous l'avons dit, dans l'augmentation de l'action organique d'un tissu avec appel plus considérable du sang, est caractérisée principalement par la coloration en rouge qui annonce la présence de ce liquide, par l'accroissement de température et le gonflement de la partie qui en sont les effets, et par l'augmentation de la sensibilité. *Rougeur*, *douleur*, *chaleur* et *tumeur*, tels sont donc les caractères de l'inflammation; tâchons de les bien apprécier.

La rougeur est le caractère fondamental de l'inflammation; indice de l'abord et du séjour plus considérable du sang dans la partie où on l'observe, c'est elle par conséquent qui différencie l'irritation inflammatoire des irritations nerveuse, sécrétoire, hémorragique, etc. Il faudrait donc à la rigueur la constater dans un tissu pour pouvoir affirmer qu'il a été enflammé. Cependant elle diminue et disparaît même quelquefois après la mort; c'est un fait qui a été maintes fois constaté dans l'érysipèle et l'angine. Son absence ne prouve donc pas toujours qu'une partie n'a pas été enflammée; mais elle n'en est pas moins une très-forte présomption contre l'existence de toute phlegmasie dans un organe; et pour admettre qu'il y a eu inflammation là où on ne voit pas de rougeur, il faut que les autres symptômes aient été tellement évidens et que les analogies avec d'autres faits non équivoques soient tellement puissantes, que le doute ne soit plus possible.

Les nuances de la rougeur inflammatoire sont très-variées; depuis la teinte rosée et à peine appréciable, jusqu'au violet et au brun noirâtre, on trouve tous les tons intermédiaires. Diverses circonstances produisent ces résultats. D'abord, l'intensité de l'inflammation: plus elle est forte et plus la rougeur est vive; en second lieu, son degré d'ancienneté et de chronicité: plus elle est ancienne et chronique, et plus la coloration violette ou noirâtre est prononcée; troisièmement, la texture des tissus: on la trouve plus marquée dans les parties abondamment pourvues de vaisseaux sanguins que dans les autres tissus qui, comme les os, n'en ont qu'un petit nombre.

La douleur est un symptôme commun à toutes les formes de l'irritation et à beaucoup d'autres maladies; elle n'est donc pas réellement caractéristique de l'inflammation. Cependant, il importe de la ranger parmi les signes de cet état morbide, car souvent rien ne le distinguerait de la stase mécanique du sang produite par un obstacle au cours de ce liquide, si la douleur n'existait pas pour prouver que l'abord du sang qui le constitue est bien un phénomène actif et non passif. La douleur ajoute donc à la valeur, comme signe, de la coloration en rouge des tissus. Mais elle n'existe pas toujours, ou elle n'est pas toujours sentie. D'abord, elle existe à peine et quelquefois même elle est nulle dans les tissus peu pourvus de nerfs; dans les parenchymes, qui en raison de leur mollesse peuvent se tuméfier beaucoup, sans que les nerfs qui les pénètrent éprouvent de compression marquée; dans les organes qui ne communiquent pas directement par leurs cordons nerveux avec le cerveau ou le prolongement rachidien; dans l'extrême vieillesse, et souvent dans les phlegmasies chroniques. Enfin, elle n'est pas aperçue, et par conséquent pas accusée par le malade, s'il est plongé dans le coma ou s'il délire Quand donc la douleur manque ainsi, c'est encore par les autres symptômes et par les faits analogues que l'on s'éclaire.

Ses caractères et son intensité sont extrêmement variables. En général, plus l'inflammation est vive et plus la douleur est intense; la nature de la cause influe aussi sur sa force: ainsi la douleur de la brûlure est très-vive. Tantôt elle est si violente qu'elle tue très-promptement; et tantôt elle est si légère que le malade la sent à peine; il arrive souvent qu'elle ne se manifeste que si on la provoque, tandis que, dans d'autres cas, elle est en quelque sorte spontanée; enfin, suivant les tissus qui sont enflammés, elle se présente avec les caractères de la démangeaison, de la brûlure, des élancemens, etc.

La chaleur n'est pas non plus un caractère constant de l'inflammation, car on la retrouve dans quelques névroses. Cependant elle paraît si bien liée à l'abord du sang, il est si ordinaire de la voir s'accroître et diminuer avec la congestion locale, qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'après la rougeur elle ne soit un des signes les plus certains de l'existence de cet état morbide. Plus les tissus enflammés sont riches en vaisseaux sanguins, plus l'inflammation à laquelle ils sont en proie est violente, et plus la chaleur locale et générale est considérable; elle manque souvent dans les phlegmasies chroniques, dans les phlegmasies aiguës des vieillards, et dans celles qui

sont tellement violentes que la mort menace d'en être la suite presque immédiate. Il est digne de remarque que cette chaleur anormale manque aussi dans les inflammations de la substance cérébrale, et que cela coïncide toujours avec un ralentissement de la circulation. Ses caractères les plus fréquens sont d'être sèche, humide, âcre, mordicante; elle est quelquefois sentie par le malade sans l'être par le médecin; dans quelques cas, c'est le contraire qui a lieu.

La tuméfaction est évidement le résultat de l'abord du sang dans le tissu enflammé, mais elle peut être produite par d'autres causes, elle existe dans d'autres maladies; seule, isolée, elle serait donc loin d'être un signe d'inflammation. Ce n'est que par sa réunion avec les signes précédens qu'elle acquiert cette valeur. Comme eux, c'est de l'intensité de l'inflammation et de la texture des tissus qu'elle reçoit ses principales modifications. Plus l'inflammation est intense, et les tissus lâches et facilement dilatables par l'afflux des liquides, et plus la tuméfaction est considérable; elle est nulle dans les tissus dont la texture est dense et serrée.

De ces quatre caractères de l'inflammation, la rougeur est donc le seul vraiment pathognomonique. Mais comme on ne peut pas constater ce signe pendant la vie dans les tissus qui sont cachés aux yeux de l'observateur, il deviendrait impossible de reconnaître un grand nombre d'inflammations, sans les ouvertures des cadavres et le rapprochement des symptômes qui ont eu lieu avec les désordres que l'on rencontre. On conclut par analogie, et dans ce cas elle équivaut à une preuve, on conclut, disons-nous, de l'existence des symptômes observés à l'existence de l'inflammation intérieure. Ceux de ces symptômes qui sont communs à la plupart des inflammations aiguës, sont la chaleur générale, l'accélération du pouls, l'abattement des forces et souvent des frissons ou des sueurs; il en a déjà été question quand nous avons traité de l'irritation en général. Mais ces symptômes eux-mêmes ne se présentent pas dans toutes les phlegmasies; ils existent aussi quelquefois sans qu'il y ait inflammation; il faut alors chercher les caractères de cet état morbide dans l'observation des troubles fonctionnels directs de l'organe malade, aidée de la connaissance des désordres matériels auxquels ils correspondent. Quant aux influences sympathiques que les organes enflammés exercent sur les autres organes, elles seront exposées dans l'histoire de chaque inflammation en particulier; elles sont soumises d'ailleurs dans leur développement aux lois que nous avons fait connaître en traitant des sympathies.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation peut se terminer de différentes manières. Tantôt le sang, que la douleur avait appelé et accumulé dans la partie, disparaît en quelques heures et sans laisser de traces, probablement parce qu'il ne s'est pas échappé des vaisseaux qu'il a parcourus: on dit alors que l'inflammation s'est terminée par *délitescence*. Tantôt ce liquide, s'échappant des vaisseaux capillaires, soit qu'il les brise, soit qu'il transsude à travers leurs parois, s'infiltre dans l'épaisseur des tissus, et n'est ensuite enlevé que graduellement par l'absorption; on nomme ce mode de terminaison *résolution*. D'autres fois, ce sang infiltré l'est en trop grande quantité pour pouvoir être absorbé, ou bien l'organisation du tissu a été trop altérée pour que ce travail puisse avoir lieu; alors ce liquide change peu à peu de nature, il subit une élaboration particulière, sa matière colorante est seule absorbée; en même temps une sécrétion morbide s'établit dans la partie, et du mélange de ce produit avec le sérum du sang, résulte un liquide blanc, laiteux, inodore, insipide, que l'on a nommé *pus*; l'inflammation s'est terminée par *suppuration*. Assez souvent, et surtout dans quelques tissus, tels que la peau et les membranes muqueuses, la surface enflammée s'érode dans quelques points, l'érosion gagne en largeur et en profondeur, et sécrète du pus: on nomme *ulcération* cette terminaison de l'inflammation. Dans d'autres circonstances, il arrive que le sang cesse peu à peu d'aborder dans le tissu enflammé; la chaleur devient moins vive, l'irritabilité s'émousse, les fluides blancs s'y accumulent et stagnent en plus ou moins grande quantité; la tuméfaction continue de s'accroître, mais lentement et souvent sans douleur: c'est la terminaison par *induration blanche* ou *grise*; et si la tuméfaction reste rouge, comme cela arrive souvent dans les tissus riches et capillaires sanguins, elle prend le nom d'*induration rouge*, et quelquefois d'*hépatisation*. On appelle également ces derniers modes de terminaison *passage à l'état chronique* ou *chronicité*; on remarque que, dans ce cas, les symptômes sympathiques s'effacent et finissent même souvent par disparaître entièrement. Enfin, l'inflammation est portée quelquefois à un tel degré d'intensité, que la mort de la partie, en est la suite immédiate: ce mode de terminaison est la *gangrène*.

La délitescence et la résolution sont les mêmes dans tous les tissus; l'induration et la gangrène n'y présentent que des différences très-légères; mais la suppuration n'est pas toujours la même dans toutes les parties. Ténue, épaisse, blanche, grisâtre, noire, couleur de lie de vin, douce, âcre, inodore, fétide, ses qualités sont variables. Cependant l'albumine en fait toujours la base; les sels que le pus contient dans ces diverses conditions sont à peu de différence près les mêmes et varient seulement dans leurs proportions, de sorte qu'en dernier résultat les différences qu'il présente sont moins grandes qu'elles ne le paraissent en ne s'attachant qu'aux propriétés physiques.

Quelques autres ont prétendu que le pus pouvait être sécrété sans une inflammation préalable; nous ne partageons pas cette opinion, qui d'ailleurs n'a plus guère de partisans aujourd'hui. Aux yeux de tous les médecins qui se sont occupés d'anatomie pathologique, la présence de ce liquide dans un tissu est la preuve non équivoque d'une inflammation *soit locale, soit éloignée*, car le pus peut avoir été absorbé dans un autre organe et seulement déposé sur celui où on le rencontre. Mais l'induration blanche et la gangrène se développent quelquefois sans avoir été précédés de phlegmasie; le squirrhe, dans des circonstances que nous signalerons en traitant de la sub inflammation;

et la gangrène, sous l'influence de certains agens septiques, par l'interruption du cours du sang dans une partie, etc. Quant à l'ulcération, elle ne suppose pas non plus toujours une inflammation antécédente, mais cependant c'est le plus ordinaire; les cas où elle est produite par des causes mécaniques ou chimiques constituent déjà d'assez nombreuses exceptions; elle succède aussi quelquefois à la sub-inflammation.

Les traces de l'inflammation aiguë disparaissent quelquefois après la mort. On les trouve d'autant moins marquées en général, que la marche de la phlegmasie a été plus rapide, et que l'examen du cadavre est fait à une époque plus éloignée de la mort. On a en outre remarqué qu'elles s'effaçaient plus promptement à la peau que dans les autres tissus, dans les membranes séreuses que dans les membranes muqueuses, et dans un même tissu, plus rapidement en certains points qu'en d'autres: ainsi à la face plus vite que dans tout autre point de la peau, sur la muqueuse gastrique plus que sur la muqueuse intestinale. Enfin, on a observé qu'elles disparaissaient plus fréquemment après les inflammations mobiles et celles qui sont intermittentes, qu'à la suite des phlegmasies fixes et de celles qui sont continues (1). Il est donc important de tenir compte de ces observations lorsqu'on se livre aux recherches d'anatomie pathologique. Mais il ne faut pas oublier toutefois que ces faits sont rares, et que dans l'immense majorité des cas, les traces de phlegmasies persistent après la mort. A la suite des inflammations aiguës, on trouve les tissus qui en étaient atteints, rouges, injectés, tuméfiés, ramollis, suppurés, ulcérés, indurés, baignés de liquides; après les phlegmasies chroniques, on rencontre encore les mêmes lésions, et de plus des colorations diverses des tissus, des collections purulentes libres ou enkystées, des adhérences entre des tissus naturellement séparés, et des productions diverses, telles que des végétations, des fausses membranes, des kystes, des tubercules, et des ossifications morbides (2). Les premières de ces altérations attestent toujours l'existence de l'inflammation, mais il n'en est pas de même des dernières, à partir des végétations; elles peuvent se développer et se développent en effet fréquemment sous l'influence de la simple irritation.

Parmi les caractères anatomiques de l'inflammation, il en est un, signalé pour la première fois par M. Dupuytren, étudié depuis avec beaucoup de soin par MM. Lallemand (3) et Bouillaud (4), et que l'on retrouve à la suite de presque toutes les inflammations et dans tous les tissus, depuis les plus mous jusqu'aux plus durs, c'est la perte de cohésion ou le *ramollissement*. C'est, après la rougeur, le témoignage le plus certain peut-être de l'existence d'une phlegmasie; il existe même dans les tissus dont la densité a été augmentée par l'abord et la stagnation des fluides, et l'on voit tous les jours le poumon ou le foie être indurés, et se déchirer cependant avec la plus grande facilité. C'est donc ce caractère précieux qu'il faut toujours chercher à constater dans les recherches d'anatomie pathologique; et l'on peut dire, en thèse générale, que presque partout où on l'observe il y a ou il y a eu inflammation. Nous ne croyons pas cependant qu'il en soit la preuve constante; dans certains tissus, la substance cérébrale, par exemple, il peut être, selon nous l'effet d'un autre mode de l'irritation. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Le pronostic et le traitement général de l'inflammation reposent sur les mêmes bases que ceux de l'irritation.

(1) *Voyez* notre *Réfutation des objections faites à la nouvelle doctrine des Fièvres*, etc., pag. 60 et suiv.

(2) Consultez l'excellent ouvrage de M. *Gendrin*, intitulé: *Histoire anatomique des Inflammations*. Paris, 1826, 2 vol. in-8.

(3) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, Paris, 1820-1830. Lettres I à VI. en 2 vol. in-8.

(4) *Traité chimique et physiologique de l'Encéphalite, ou Inflammation du cerveau*. Paris, 1825, in-8°.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME CELLULAIRE.

### Considérations générales.

Deux tissus différens sont compris sous cette même dénomination, le tissu graisseux ou adipeux, et le tissu cellulaire proprement dit; mais comme les affections de l'un ne sont pas distinctes de celles de l'autre, nous continuerons à les confondre dans tout ce que nous allons en dire.

Placé autour des organes, remplissant les intervalles qui les séparent, servant à chacun d'eux d'enveloppe, de limite ou de moyen d'union, et facilitant leurs mouvemens respectifs; ayant enfin pour fonctions spéciales celle de sécréter la graisse, probablement celle de s'opposer à ce que les corps extérieurs ne communiquent ou n'enlèvent à l'économie une trop grande quantité de calorique dans un temps donné, peut-être aussi celle de servir de réservoir aux matériaux de la nutrition, le tissu cellulaire est une réunion de lames fines, transparentes, et de filamens blanchâtres traversant ces lames en tous sens, et quelquefois existant isolément. Il contient, selon toutes les apparences, beaucoup de vaisseaux exhalans et absorbans, quelques vaisseaux sanguins et quelques nerfs. Ce système est le premier des quatre tissus élémentaires de l'organisation. C'est lui qui forme pour ainsi dire le canevas de tous nos organes. Comme l'épiderme, les poils, les ongles et les os, il jouit de la faculté de se régénérer.

On n'a pas fait assez attention que la plupart des fonctions de ce système sont purement passives, et l'on a beaucoup exagéré l'importance de son rôle, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie. Il est insensible dans l'état sain. On peut le couper, le déchirer sans exciter la moindre douleur; il n'a de sympathies bien prononcées avec aucun autre organe; il n'a en propre de fonction vraiment active que la sécrétion de la graisse, fonction obscure, lente et presque isolée au milieu du concours de tous les autres; il n'est soumis que rarement à l'influence immédiate des irritans; enfin, il est très-certainement bien moins souvent affecté que le système muqueux, la peau et les membranes séreuses, etc., et les sympathies qu'il

provoque alors lui sont communes avec tous les tissus fortement enflammés, puisque ce sont celles du cœur, de l'estomac et de l'encéphale. C'est Bordeu qui, entraîné par de fausses théories et s'appuyant de quelques faits mal interprétés, a donné une importance exagérée à ce système, importance que Bichat est venu fortifier encore par des hypothèses.

Toutefois, en attaquant cette erreur, nous sommes loin de vouloir réduire le système cellulaire à un rôle purement passif. Ce tissu en effet s'enflamme assez fréquemment, mais presque toujours consécutivement à l'inflammation de la peau, ou par l'effet sympathique de celle des voies digestives. Il est aussi quelquefois le siège de sub-inflammation; il donne naissance à quelques tumeurs fongueuses; enfin c'est à ses dépens que s'organisent les kystes; encore faut-il observer qu'il se forme des kystes dans la substance cérébrale, et que l'on n'est pas encore parvenu à y démontrer la présence de ce tissu. L'emphysème, les infiltrations séreuses, et les ecchymoses scorbutiques sont presque toujours des effets purement passifs, symptomatiques et non sympathiques d'autres affections, et ne peuvent pas par conséquent être rangés parmi les maladies de ce tisssu. Comment les physiologistes ont-ils pu citer ces phénomènes en preuve de sa vitalité?

### Du Phlegmon (1).

L'inflammation du tissu cellulaire a reçu le nom de phlegmon. On l'a prise pour le type de toutes les inflammations. Elle est aiguë ou chronique, presque toujours continue, quelquefois cependant intermittente.

*Causes.* Le phlegmon se développe assez fréquemment sans que les causes en soient bien appréciables; elles restent même parfois tout-à-fait inconnues. Chez quelques individus atteints de phlegmasies intérieures, et principalement de celles des voies digestives à l'état chronique, il s'établit une diathèse inflammatoire dans le tissu cellulaire, et plusieurs phlegmons successifs qui se terminent tous par suppuration, se manifestent dans toutes les parties du corps. Quelquefois il ne s'en forme qu'un, et on le nomme *phlegmon* ou *abcès critique*, parce qu'alors la phlegmasie interne, révulsée par lui, disparaît ordinairement. Mais, dans le plus grand nombre de cas, cette inflammation est provoquée par un coup, une piqûre, une brûlure, une forte compression, la présence d'un corps étranger, le froid subit, et surtout humide, la malpropreté de la peau, quelques phlegmasies chroniques de cette membrane, telle que la gale, enfin par la syphilis.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Les symptômes du phlegmon varient, suivant qu'il est externe ou interne, et suivant la partie du tissu cellulaire qui en est le siége. Lorsqu'il occupe le tissu cellulaire sous-cutané, il se manifeste par une tuméfaction plus ou moins considérable, circonscrite, dure et élastique. Une douleur plus ou moins vive, et qui ne tarde pas à s'accompagner d'élancemens, et plus tard de pulsations, s'y fait sentir; la peau devient d'un rouge foncé, surtout au centre de la tumeur, et sa rougeur ne disparaît pas par la pression, comme dans l'érysipèle; enfin, il existe dans la partie une chaleur plus ou moins intense. L'invasion de ces symptômes est quelquefois précédée par des frissons, des bâillemens, des pandiculations, de la soif, la perte de l'appétit, la fréquence du pouls, des nausées, etc.; mais ce n'est ordinairement que lorsque le phlegmon a acquis une certaine intensité que ces symptômes surviennent. Ils annoncent la participation du cœur et de l'estomac à la phlegmasie extérieure.

Quelquefois le phlegmon se termine par résolution: on en est averti par la diminution graduelle de tous les symptômes, tant locaux que généraux. Il peut aussi se terminer par induration, par métastase; mais le plus ordinairement, c'est par suppuration que cette terminaison a lieu: voici ce qui se passe alors. La douleur locale diminue, et est remplacée par une sensation de pesanteur; des battemens isochrones à ceux du pouls se manifestent; la peau se tend de plus en plus; le gonflement augmente, mais en se circonscrivant davantage; la rougeur de la peau se dissipe, excepté au centre de la tumeur, où elle devient plus foncée; celle-ci se ramollit, s'élève en pointe, et la fluctuation du pus se fait sentir. Bientôt ce liquide distend et déchire les parois des cellules qui le renferment; il se réunit en un seul foyer qui augmente sans cesse; l'épiderme se détache, la peau s'amincit de plus en plus au centre de la tumeur, où elle blanchit ou bien prend une teinte livide; enfin elle se rompt, et laisse échapper la majeure partie du pus qui formait l'*abcès*. Ce pus est d'autant plus épais, blanc et inodore, qu'il a séjourné moins long-temps dans la partie; il est presque toujours très-liquide, grisâtre et fétide, lorsque son séjour a été prolongé. Lorsque le phlegmon a occupé une grande étendue, et que l'abcès n'a pas été ouvert assez tôt, la peau est souvent décollée dans une grande étendue, amincie et sans communications vasculaires directes avec le fond du foyer. Très-souvent alors elle se gangrène. Enfin, dans quelques cas d'inflammation excessive, la gangrène survient encore; mais alors elle peut s'étendre, non-seulement à la totalité de la tumeur, mais encore à toute la partie qui en est le siége; aussitôt la douleur, la chaleur, et la tension cessent, la peau devient livide et noire, et se couvre de phlyctènes remplies de sérosité noirâtre.

Les symptômes du phlegmon ne sont pas aussi évidens lorsqu'il occupe une portion de tissu cellulaire profondément située, sous des muscles ou des aponévroses. Le gonflement est alors souvent peu considérable, en raison de la résistance qu'opposent les aponévroses; il n'y a pas de rougeur à la peau, elle est seulement tendue et luisante; à peine est-elle plus chaude que dans l'état naturel ou que dans les autres parties du corps; mais les douleurs sont profondes, continues, des plus vives, et accompagnées d'élancemens et de battemens considérables; le mouvement de la par-

(1) Consultez l'excellent article sur les abcès, fourni par M. le professeur Dupuytren, au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. I.

tic est tout-à-fait impossible, les artères circonvoisines battent avec force, le pouls est dur et fréquent, la soif vive, la peau sèche et chaude, l'appétit nul, l'épigastre douloureux; des nausées et de la céphalagie se déclarent; quelquefois le délire s'y joint. Il est rare que cette inflammation se termine par résolution; quelquefois elle détermine le sphacèle du membre. Lorsque la suppuration lui succède, ce qui est le plus ordinaire, la partie devient lourde, les battemens y sont plus marqués, le malade éprouve des frissons dans le dos et les lombes, des horripilations; le pouls se ramollit et perd de sa fréquence, tous les symptômes généraux s'amendent, enfin il survient un empâtement local, et l'on sent plus ou moins distinctement une tuméfaction profonde. Le diagnostic est toujours difficile à établir dans ce cas, parce que le pus, situé trop profondément et retenu par les aponévroses, fuse entre les muscles, et ne peut par conséquent fournir le seul signe qui annonce presque infailliblement sa présence, c'est-à-dire la fluctuation. La durée de ce phlegmon, comme du précédent, est très-variable, et dépend de beaucoup de circonstances. Si le tissu cellulaire de la partie est lâche et abondant, l'inflammation très-intense, la suppuration peut s'établir du cinquième au huitième jour. Dans les circonstances opposées, elle peut ne se former qu'après quinze, vingt jours et plus. En général, elle s'établit beaucoup plus vite autour de la bouche et aux environs de l'anus que partout ailleurs.

Le Phlegmon est susceptible de plusieurs degrés d'intensité, comme toutes les autres phlegmasies. Mais, comme dit Pujol de Castres (1), s'il est pathologiquement vrai et incontestable que les inflammations aiguës et ordinaires peuvent s'abaisser à différens degrés, et prendre une intensité moins véhémente que de coutume, sans cesser pourtant d'être ce qu'elles sont; qui sera assez téméraire pour assigner le dernier terme où peut aller la lenteur de leur développement? qui pourra dire : ce n'est que jusque là, et jamais au delà, que peut descendre l'activité vitale dans le mode inflammatoire; par dessous cette borne précise, il devient impossible et ne saurait exister? » Le phlegmon chronique peut donc être si peu intense que les symptômes d'irritation y soient inappréciables; c'est en effet ce qui a lieu. Certains phlegmons se manifestent par une tumeur arrondie, peu résistante, sans rougeur ni chaleur de la peau, et même sans douleur bien marquée : les enfans élevés dans la misère et la malpropreté en offrent de nombreux exemples. Ces tumeurs ne font éprouver d'autre sensation pénible qu'un peu de tension et de pesanteur, et la gêne occasionée par leur masse. Elles augmentent plus ou moins rapidement de volume, restent stationnaires pendant un certain temps, puis enfin deviennent légèrement douloureuses, rougissent un peu, se ramollissent d'abord au centre, puis dans toute leur masse restent quelquefois assez long-temps encore dans cet état de suppuration, et enfin s'enflamment, s'ouvrent et laissent écouler un pus ordinairement séreux, peu consistant, et contenant des flocons probablement formés par de la fibrine décolorée, si ce ne sont les débris du tissu cellulaire. On a donné le nom d'*abcès froids* aux collections purulentes qui succèdent à ces phlegmons chroniques. Leur durée varie depuis un mois jusqu'à une année et plus. Par eux-mêmes, ils ne sont pas dangereux; cependant le pronostic en est rarement favorable, parce que les individus qui en sont atteints ont presque toujours une constitution détériorée, qui rend la guérison lente et difficile.

Le phlegmon, avons-nous dit, se montre quelquefois sous forme intermittente. On en lit un exemple curieux dans le *Journal universel des sciences médicales* (1). Nous en avons nous-même observé un cas remarquable chez une femme; son siége était dans l'une des grandes lèvres. Il se montra d'abord d'une manière peu régulière, à six semaines, deux mois et trois mois d'intervalle; mais la femme étant devenue enceinte, il parut exactement tous les mois à l'époque correspondante à celle du retour des règles. Sa marche a toujours été très-rapide; dès le second jour de l'invasion, nous l'ouvrions avec la lancette, ou, si la femme attendait, il s'ouvrait spontanément le troisième jour. On ne découvrait pas le plus faible noyau d'engorgement après la guérison, qui pût expliquer la reproduction si fréquente de cette maladie; depuis l'accouchement, qui date déjà de plusieurs années, ce phlegmon ne s'est pas reproduit.

*Caractères anatomiques.* Dans la première période du phlegmon, on trouve le tissu cellulaire infiltré de sang rouge-brun, et facile à déchirer. Lorsque le pus commence à se former, ce tissu est infiltré d'un fluide gélatiniforme; il est gris, jaunâtre, encore injecté de sang dans plusieurs parties; mais en l'exprimant, on fait suinter quelques gouttes de pus. Plus tard, les traces de l'injection sanguine ont en partie disparu et le pus est rassemblé en petits foyers, puis enfin en un foyer unique, autour duquel seulement l'injection sanguine se conserve. Dans ce dernier cas, la face interne du foyer présente l'aspect d'une membrane muqueuse sous le rapport de la mollesse, mais elle est grisâtre plutôt que rose. Quelquefois des vaisseaux et des nerfs se rendent perpendiculairement du fond de cette poche à la peau, et forment des brides. La paroi interne des abcès succédant aux phlegmons chroniques, est décolorée et grisâtre.

*Traitement.* Tant que le phlegmon idiopathique est à son début, c'est-à-dire tant qu'il ne s'est pas transformé en abcès, on doit chercher, par l'emploi méthodique de tous les moyens antiphlogistiques, à obtenir sa terminaison par résolution. Le repos de la partie, les saignées générales, celle des veines rapportant le sang de la partie enflammée, les applications de sangsues, réitérées et entretenues sur la partie autant de temps que les symptômes ne perdent point de leur intensité; quelquefois l'incision profonde des tissus enflammés, les cataplasmes, les fomentations, les bains émolliens, la diète et l'usage des boissons

(1) *OEuvres de médecine pratique; Essai sur les inflammations chroniques*, tome I, page 20, édit. de 1823 avec des additions par le docteur Boisseau.

(1) Tome XXX, pag. 88.

dites délayantes et rafraichissantes, sont les moyens à l'aide desquels on pourra obtenir ce résultat favorable. Nous ne reviendrons pas ici sur les détails qui concernent leur mode d'administration; nous nous bornerons à dire qu'ils réussissent dans la plupart des cas où ils sont employés dès le début de la maladie avec une énergie proportionnée à l'intensité du mal, et lorsque leur emploi est continué jusqu'après la cessation complète des symptômes.

Lorsque, les moyens susceptibles d'opérer la résolution n'ayant pas été mis en usage, ou l'ayant été trop faiblement ou inutilement, la suppuration s'est établie, on doit abandonner l'emploi des évacuations sanguines, il ne reste plus alors qu'à continuer celui des autres moyens et à décider si on laissera l'abcès s'ouvrir de lui-même, ou si on provoquera artificiellement la sortie du pus.

Tant que l'abcès est superficiel et peu étendu, il y a peu d'inconvéniens, et quelques personnes même pensent qu'il y a de l'avantage à en abandonner l'ouverture aux progrès inévitables de l'inflammation. En effet, l'ouverture qui se fait spontanément étant d'abord fort petite et n'étant que le résultat de l'amincissement progressif du derme, le pus trouve à la fois un écoulement plus facile et mieux ménagé, et les parois du foyer ayant le temps de revenir sur elles-mêmes à mesure que le liquide s'écoule, l'air trouve moins d'accès dans l'intérieur de sa cavité qui est dès lors soustraite à son action irritante. Enfin, après l'ouverture spontanée des abcès, les tissus malades restent moins long-temps durs et engorgés; et il faut convenir que souvent la cicatrice qui succède à ce mode d'ouverture est fort peu apparente. Mais, dans quelques cas, l'ouverture est mal placée pour le libre écoulement du pus, et dans d'autres, la peau trop amincie et privée de ses vaisseaux se recolle avec peine, ou même se gangrène par impossibilité de se nourrir, et il en résulte, outre des difficultés et des longueurs dans la guérison, des cicatrices très apparentes qu'il faut chercher à éviter, surtout à la face ou au cou, où elles sont une cause de difformité, et aux aines où elles pourraient devenir suspectes. Aussi, beaucoup de praticiens pensent-ils qu'on doit indistinctement ouvrir tous les abcès.

Quelle que soit la divergence des opinions à cet égard, elle cesse tout-à-fait lorsqu'il s'agit d'abcès profondément placés, qui ne s'ouvriraient qu'après avoir fait de grands ravages et pris beaucoup d'extension au milieu des tissus où ils se sont développés. Tels sont les abcès placés dans l'épaisseur des membres au dessous des aponévroses d'enveloppe; tels sont ceux qui se développent au milieu d'un tissu cellulaire très-abondant; tels sont encore ceux qui, ayant leur siége près de certaines cavités, paraissent avoir beaucoup de tendance à s'ouvrir dans ces cavités, et à y produire un épanchement grave. Presque toujours cependant, le travail morbide épaissit les parois du foyer du côté qui correspond à la profondeur des parties, et les amincit du côté opposé en dirigeant aussi le pus vers l'extérieur; mais il n'est pas sans exemple que des abcès aient pénétré de l'extérieur à l'intérieur des cavités des plèvres. (C'est d'un abcès axillaire ouvert de cette manière qu'est mort le fils du célèbre J.-L. Petit.) Il arrive assez souvent que des abcès développés aux environs des grandes articulations s'épanchent dans la cavité de la membrane synoviale perforée. On doit ouvrir tous ces abcès de bonne heure, c'est-à-dire aussitôt que la *fluctuation* s'y fait sentir.

Avant de passer outre, nous devons dire ici ce qu'on entend par *fluctuation*, et quels sont les moyens de la reconnaître. On appelle ainsi la sensation que le déplacement des colonnes du liquide fait éprouver, lorsqu'une main étant appliquée sur un des côtés de la tumeur, on presse avec les extrémités des doigts de l'autre, sur le côté opposé, comme pour diriger ce liquide vers la première. Il faut s'habituer de bonne heure, afin d'éviter des méprises désagréables pour le chirurgien, et quelquefois fâcheuses pour le malade, à distinguer la fluctuation du déplacement dont sont susceptibles les parties molles lorsqu'on les presse *alternativement* avec les extrémités des doigts de l'une et l'autre main. Pour bien apprécier ce phénomène important, il faut que la main destinée à recevoir l'impression du choc du liquide reste immobile et appliquée à plat, et que les mouvemens exécutés par l'autre se bornent à de légères pressions ou à de simples percussions faites du bout des doigts et dans des sens variés. Lorsque, dans quelque sens qu'on oppose les deux mains, on a la sensation du renvoi des colonnes d'un liquide de l'une à l'autre, la fluctuation existe, et l'on doit croire qu'elle est due à la présence du pus toutes les fois que les phénomènes qui annoncent la suppuration, et qui ont été indiqués plus haut, se sont manifestés. Quand les abcès sont sous-cutanés, la fluctuation est facile à reconnaître; mais il faut beaucoup d'habitude pour la distinguer dans les abcès profonds, et surtout dans ceux qui, ayant leur siége au dessous des aponévroses d'enveloppe, ne s'élèvent point en saillie, et sont au contraire étendus en surface et disséminés dans les interstices des muscles de la partie. Alors elle ne se manifeste que par une sorte de rénitence particulière, apparente surtout dans les points où il s'est formé un empâtement qui conserve l'impression du doigt.

Lorsque l'abcès est petit et superficiel, on peut l'ouvrir avec la lancette dite *à abcès*, qui n'est autre chose qu'une lancette de forte dimension, échancrée sur un de ses bords, et dont on se sert comme nous l'avons dit en parlant de la saignée. Dans les autres cas, on doit se servir du bistouri. On prend cet instrument d'une main, et l'on en dirige le tranchant en haut; saisissant alors la tumeur de l'autre main, afin de la rendre plus saillante en la pressant entre le pouce et les autres doigts, ou, si elle est très-considérable, la faisant presser sur les côtés par les deux mains d'un aide appliquées à plat, on élève le poignet, on présente la pointe du bistouri aux parties, et on l'y enfonce jusqu'à ce que le défaut de résistance indique que l'on est arrivé au centre du foyer. On abaisse alors le poignet en tournant le dos de la lame vers les parties profondes, puis, faisant agir le tranchant, on divise les parties qu'il soulève de dedans en dehors, et l'on termine l'incision en relevant le poignet, afin qu'elle soit nette à sa fin comme à son commence-

ment. Cette incision est suffisante dès que le pus s'écoule librement. On doit la pratiquer non pas dans le point où la peau amincie menace de se rompre, mais dans le point le plus déclive du foyer, vers le lieu où elle procure au pus une issue plus libre et plus facile; enfin on la dirigera dans le sens des fibres musculaires, et loin du trajet des troncs nerveux et vasculaires. On a vu plusieurs fois l'artère crurale elle-même, rejetée en dehors par la collection purulente, se présenter au tranchant de l'instrument, et être blessée pendant l'ouverture de certains abcès placés dans son voisinage.

L'incision terminée, on se gardera bien d'introduire, à l'imitation des chirurgiens des siècles passés et de quelques routiniers ignorans de nos jours, le doigt dans la cavité du foyer, afin de rompre les prétendues brides qui s'opposent à l'écoulement du pus, et qui ne sont autre chose que les vaisseaux et les nerfs à l'aide desquels s'entretient la nutrition de la peau. Outre la douleur et les écoulemens de sang qui résultent immédiatement d'une semblable pratique, elle a pour effet presque inévitable l'amincissement du derme, quelquefois sa gangrène, et toujours des longueurs presque interminables dans la maladie, par suite de l'impossibilité où se trouvent les parois du foyer de se recoller l'une à l'autre.

Lorsque l'abcès est superficiel, si les parties qu'on a divisées pour l'ouvrir étaient déjà enflammées, on n'a point à craindre de voir la plaie se réunir par première intention, et il suffit d'appliquer un cataplasme émollient, qu'on remplace par un pansement simple, lorsque l'inflammation est tout-à-fait tombée, pour conduire la maladie à une prompte guérison. Dans les circonstances contraires, c'est-à-dire lorsqu'on a été obligé de diviser une grande épaisseur de parties saines pour parvenir jusqu'au foyer, et que le pus s'écoule avec difficulté, on doit prévenir la réunion de la plaie, en interposant entre ses lèvres une mèche de linge effilée sur ses bords et enduite de beurre ou de cérat, que l'on conduit jusqu'au centre du foyer. Vingt-quatre ou trente-six heures du séjour de cette mèche suffisent pour faire prendre au pus la route qui lui a été pratiquée, et pour enflammer assez les lèvres de l'incision qui dès-lors ne tendent plus à se réunir. On panse ensuite comme dans le premier cas. Ces pansemens à plat sont infiniment préférables à ceux qui consistent à introduire une plus ou moins grande quantité de charpie en bourdonnets ou en boulettes jusque dans l'intérieur du foyer. Cette pratique, employée pour absorber le pus et favoriser la formation des bourgeons celluleux et vasculaires, à l'aide desquels le recollement des parois doit s'opérer, et que l'on continue jusqu'à la fin de la maladie, a toujours pour effet de déterminer des douleurs vives et de retarder beaucoup la guérison.

Lorsque, par suite d'une mauvaise situation de l'ouverture, d'une trop grande extension de l'abcès, ou par l'effet d'une autre cause, le pus forme des clapiers où il séjourne et s'altère, il faut chercher à l'en expulser à l'aide d'une *compression méthodique*. Si la partie est cylindrique, on exécute cette compression à l'aide d'une bande roulée qu'on applique suivant les préceptes indiqués ailleurs. Si le foyer repose sur une partie aplatie, on favorise l'action du bandage roulé, en appliquant sur les tégumens, au niveau du fond du foyer, un tampon de charpie ou une compresse *graduée*, c'est-à-dire pliée plusieurs fois sur elle-même, de manière que les plis qu'elle forme, et qui sont accumulés les uns sur les autres, se dépassent successivement en formant, d'un seul ou des deux côtés, des degrés semblables à ceux d'un escalier. Ce tampon ou cette compresse mettent en contact les parois du clapier et s'opposent au séjour du pus. Mais pour que la compression soit utile, il faut que l'ouverture reste libre et qu'elle corresponde vers un lieu où le pus tende naturellement à se porter. Lorsque cette ouverture correspond à la partie supérieure du foyer, il est rare que la compression soit efficace, et presque toujours on est obligé de donner issue au liquide, en pratiquant une ou plusieurs contre-ouvertures.

Lorsque le clapier est très-considérable et peu éloigné de l'extérieur, on pratique la contre-ouverture de la même manière que l'ouverture simple des abcès; seulement, pour faciliter l'opération, on applique, quelques heures auparavant, sur la plaie déjà faite, un emplâtre agglutinatif qui retient le pus et rend le foyer plus apparent. Mais lorsque ce clapier est peu considérable et très-profondément situé, il est plus prudent et plus facile d'introduire, par l'ouverture déjà existante, une sonde cannelée, dont on fait saillir l'extrémité vers le point où l'on veut établir une nouvelle issue au pus, et sur laquelle on incise alors de dehors en dedans.

Le traitement du phlegmon chronique ne diffère de celui du phlegmon aigu que par l'énergie beaucoup moins considérable avec laquelle on emploie les moyens propres à le faire avorter. Ainsi il est rare qu'on emploie les saignées générales; presque toujours les évacuations sanguines locales doivent être fort modérées : et comme le cœur et l'estomac reçoivent rarement une impression sympathique forte, on peut opérer sur le dernier de ces organes *lorsqu'il est sain*, une stimulation utile à l'aide des toniques, des amers, ou même des purgatifs. Le principal but que l'on se propose en administrant des toniques ou des amers dans cette circonstance, est réellement de fortifier l'individu, dont la constitution détériorée, ainsi que nous avons dit que cela avait presque toujours lieu, s'oppose à la guérison de l'abcès après son ouverture.

Le traitement des abcès froids, c'est-à-dire de ceux qui succèdent au phlegmon chronique, comparé à celui des abcès qui succèdent au phlegmon aigu, offre plus de difficultés. Ainsi la marche de la maladie est tellement lente que, tandis qu'un point offre une fluctuation bien manifeste ou même menace de s'ouvrir, le reste de la tumeur présente encore une dureté fort considérable, qui persiste après l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès. On est donc obligé de changer le mode de traitement, et, en même temps que l'on continue d'employer les toniques et dérivatifs intérieurs, d'activer l'inflammation locale par des applications de cataplasmes composés d'oseille, ognon de lis, etc., et d'onguent de la mère ou d'autres sub-

stances dites *maturatives*, ou même par l'emploi des stimulans plus énergiques, afin de provoquer la fonte totale de l'engorgement avant l'ouverture de l'abcès. Enfin, lorsque cette ouverture est pratiquée, on est encore quelquefois obligé de stimuler les parois du foyer par des applications ou par des injections irritantes.

On doit aussi traiter par des stimulans, à moins toutefois qu'ils ne soient accompagnés d'une irritation très-vive, les phlegmons dits critiques, afin de les fixer au dehors et de consolider la révulsion salutaire qu'ils sont destinés à opérer. Mais les stimulans externes sont les seuls dont on doive faire usage ; car ces phlegmons ayant une grande tendance à disparaître, une irritation intérieure provoquée intempestivement pourrait favoriser cette tendance, et reproduire tous les accidens que leur apparition aurait fait cesser.

Il est inutile de dire que lorsque les phlegmons sont symptomatiques d'une affection syphilitique, galeuse, etc., il faut joindre au traitement qui a été indiqué pour le phlemon idiopathique l'emploi des moyens propres à détruire la cause qui les a produits ; moins pour faire cesser la maladie, qui, une fois qu'elle a débuté, doit suivre son cours, que pour prévenir une récidive. Le régime des phlegmons en général est celui de toutes les irritations aiguës et chroniques.

### Du panaris.

Le panaris est le phlegmon des doigts. Il est rare que plusieurs doigts se trouvent en même temps affectés de panaris. Le nombre et le volume des nerfs qui se distribuent à ces organes et qui les rendent fort sensibles, et la présence des gaînes aponévrotiques dont la résistance produit tous les phénomènes de l'étranglement, lorsque l'inflammation a son siége dans le tissu cellulaire qu'elle renferme, font du panaris un phlegmon beaucoup plus grave que les phlegmons ordinaires. Il peut avoir son siége à tous les degrés de profondeur compris entre l'épaisseur même de la peau et le périoste.

Le panaris le plus superficiel est le moins grave de tous. Il affecte ordinairement le bout des doigts, le dessous, ou la base de l'ongle qu'il entoure. Dans ce dernier cas, on le nomme aussi *tourniole*. Il se développe souvent sans cause connue, ce qui lui a mérité de la part du vulgaire le nom de *mal d'aventure*. Souvent aussi il est la suite d'une piqûre, d'une contusion ou de quelque autre cause externe. Les phénomènes qui l'accompagnent sont ceux d'une inflammation vive affectant un organe fort sensible. Il se termine rapidement, et quelquefois en quelques heures, par la suppuration, et les douleurs cessent aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors. La guérison est prompte, excepté lorsqu'il entoure la base de l'ongle dont il détermine souvent la chute.

Le panaris le plus grave est celui qui a son siége dans la gaîne même des tendrons ; il peut être spontané, mais il est le plus ordinairement produit par une piqûre ou une autre cause externe. Il a très-souvent son siége à la base des doigts. La rougeur et la tuméfaction sont en général peu considérables; mais la tension est extrême, la chaleur est brûlante, et les douleurs sont atroces. La peau devient promptement chaude, l'épigastre douloureux, la langue rouge et sèche, la soif vive, l'agitation et l'anxiété excessives, l'insomnie continuelle. Le pouls est élevé, plein, dur et fréquent, les artères radiales et collatérales des doigts battent avec force, et il n'est pas rare de voir à ces accidens se joindre des mouvemens convulsifs ou un délire poussé jusqu'à la fureur. Le gonflement et l'inflammation ne tardent pas à se propager à la main et à toute l'étendue du membre jusqu'à l'aisselle; et comme cette maladie se termine promptement par la suppuration, il se forme consécutivement des abcès dans la paume de la main, dans les interstices des muscles et jusque dans le creux de l'aisselle. Lorsque la maladie est très-aiguë, elle peut dans quelques heures se terminer par la gangrène du doigt ou même par celle du membre. Dans les cas les plus heureux, le panaris profond abandonné à lui-même s'ouvre spontanément par une sorte de rupture de la gaîne aponévrotique ; alors les douleurs cessent comme par enchantement : mais il en résulte presque toujours l'exfoliation des tendons fléchisseurs et celle de leur gaîne, quelquefois aussi la perte des phalanges, et, dans presque tous les cas, l'immobilité consécutive du doigt.

*Traitement*. Il doit avoir pour but de faire avorter l'inflammation. On a conseillé, pour obtenir ce résultat, d'envelopper la partie, aussitôt que la douleur se fait sentir, avec des compresses imbibées d'extrait d'opium très-concentré, ou de la plonger pendant plusieurs heures dans de l'eau à la glace. Ces moyens nous paraissent infidèles, et nous pensons que ce qu'il y a de mieux à faire, est de la couvrir de sangsues qu'on renouvelle à mesure qu'elles tombent, jusqu'à ce que la douleur et les autres symptômes soient entièrement calmés. Lorsqu'on est appelé trop tard, ou lorsque ces moyens n'ont pas réussi, il faut, sans hésiter, si la maladie est profonde, pratiquer une large incision qui permette aux parties de se développer librement. Foubert a proposé d'appliquer un caustique sur le point malade, et cette opinion a été adoptée par plusieurs membres de l'ancienne Académie de chirurgie. Mais ce moyen agit lentement, et il est beaucoup plus douloureux que l'incision, qui nous paraît préférable. La meilleure pratique est celle qui consiste à porter hardiment l'instrument jusqu'au siége du mal. A peine le débridement est-il opéré, que lors même que la suppuration n'est pas encore établie, les douleurs cessent presque complètement, et l'on n'a plus alors qu'à traiter le panaris comme une inflammation ordinaire. S'il s'est formé des abcès dans la paume de la main et le long de l'avant-bras ou du bras, on les traite comme il a été dit, en parlant du phlegmon en général. Si l'on n'a pu prévenir l'exfoliation des tendons, celle des gaînes aponévrotiques ou la nécrose des phalanges, on peut favoriser par des bains et des cataplasme, émolliens, ou même, lorsque tous les symptômes inflammatoires sont tombés, par l'usage des onguens balsamiques, le détachement et la chute des parties mortifiées; mais alors le doigt se transforme en un

moignon plus ou moins informe, qui gêne plus qu'il n'est utile, et l'on abrégerait singulièrement la cure en en pratiquant l'amputation.

Du phlegmon sous-maxillaire.

Ce phlegmon dépend ordinairement de la présence de dents cariées dans les alvéoles de l'os maxillaire inférieur. Il a son siége au dessous de l'angle de la mâchoire. Il a pour caractères particuliers la gêne qu'il apporte aux mouvemens de cet os, la rapidité avec laquelle il passe à la suppuration, la fétidité extrême du pus, la tendance à laisser dans la partie des indurations difficiles à résoudre, et la facilité avec laquelle il récidive tant que les dents cariées ne sont point arrachées. Il s'ouvre quelquefois dans la bouche. Ce mode d'ouverture incommode beaucoup les malades par le dégoût qu'il leur occasione, et il n'a pas même l'avantage de leur sauver constamment le désagrément d'une cicatrice, parce que les alimens, pénétrant dans le foyer, l'irritent et amènent presque toujours la formation d'une ouverture extérieure.

Peut-être les indurations qu'il laisse après lui tiennent-elles à l'usage où l'on est de l'ouvrir aussitôt que la fluctuation se fait sentir, afin d'éviter, aux femmes surtout, qu'il ne résulte une cicatrice difforme de son ouverture spontanée.

Du phlegmon des mamelles.

C'est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la glande mammaire. Elle existe plus souvent sans l'inflammation de cette glande elle-même qu'on ne le pense généralement; presque toujours elle est aiguë. On la désigne aussi par les noms d'*engorgement laiteux des mamelles*, et de *poil*.

*Causes*. Cette phlegmasie se développe presque uniquement à la suite des couches ou pendant l'allaitement, par l'effet de l'engorgement du lait dans les seins, de l'application de topiques astringens pour le faire disparaître, de l'exposition de ces organes délicats à l'action du froid ; d'une compression ou d'un coup, et quelquefois de l'irritation souvent très-vive que l'enfant excite en tétant. Il est très-rare qu'elle se développe dans d'autres circonstances.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. L'inflammation s'empare quelquefois des deux mamelles à la fois; mais le plus souvent elle n'en occupe qu'une seule, et il n'est pas rare de voir, quand l'une est guérie, l'autre s'enflammer à son tour. Dans tous les cas, le sein devient douloureux; il se gonfle, durcit, est le siége d'une chaleur plus ou moins forte, et la peau rougit par places ou dans toute l'étendue de l'organe. La douleur acquiert bientôt un degré d'intensité extrême; elle finit par devenir intolérable; le moindre mouvement l'augmente; elle prive la malade de sommeil, et peut même aller jusqu'à produire du délire, ainsi que l'a observé une fois le professeur Capuron : à plus forte raison excite-t-elle presque toujours les sympathies du cœur et de l'estomac. Le gonflement est très-considérable, et s'étend jusque sous l'aisselle si tout le tissu cellulaire est enflammé, et alors le sein est uniformément tuméfié. On prétend que ce n'est que lorsque la glande participe à l'inflammation, que la tumeur présente des inégalités et des bosselures ; nous avons trop évidemment vu des inflammations du sein bornées au seul tissu cellulaire présenter cependant ces bosselures, pour que nous puissions admettre cette opinion. L'inflammation suit la marche que nous avons indiquée, en traitant du phlegmon en général, jusqu'à ce que le pus se fasse jour au dehors. Souvent il existe à la fois deux ou trois petits phlegmons dans le même sein, lesquels ne parcourent leurs périodes que les uns après les autres. Aussi est-il fréquent de voir le phlegmon des mamelles durer un ou plusieurs mois. Quelquefois l'engorgement est peu considérable; il reste indolent et ne se dissipe qu'avec lenteur, mais sans suppurer. Il est très-rare, au contraire, que le phlegmon aigu se termine par résolution : la suppuration et des abcès en sont presque constamment les suites. Cette phlegmasie, toujours très-douloureuse à l'état aigu, ne présente ordinairement aucune gravité ; elle n'en acquiert que par son extension à la glande mammaire.

*Traitement*. Comme le séjour et l'engorgement du lait dans le tissu cellulaire des mamelles sont les causes prochaines les plus ordinaires de son inflammation, on doit toujours tenter de la prévenir, en évacuant la plus grande quantité possible de ce liquide par la succion naturelle ou artificielle, en couvrant le sein de cataplasmes émolliens et résolutifs, tels que ceux de ciguë, de cerfeuil, de persil et de farine de graine de lin, auxquels on peut ajouter un corps gras, comme le suif fondu, et en cherchant à établir une révulsion sur le tube intestinal par le moyen des purgatifs. Le professeur Marjolin a employé avec succès le camphre à la dose de deux gros dissous dans un jaune d'œuf, en frictions sur l'engorgement.

Tant que l'inflammation n'est pas déclarée, il faut s'en tenir à ces moyens : mais aussitôt qu'elle se manifeste, la succion devient inutile et même nuisible ; les cataplasmes cités sont insuffisans, et la révulsion sur les voies digestives n'est plus possible. Il faut avoir recours à une médication plus énergique et plus expéditive, et essayer d'abord de faire avorter l'inflammation par les saignées générales et locales, les cataplasmes émolliens et narcotiques, et la diète. Si l'on ne peut y parvenir, on renonce aux évacuations sanguines, pour se borner aux topiques émolliens et attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, suivant quelques médecins, ou l'ouvrir aussitôt que la fluctuation se prononce, selon quelques autres. C'est ce dernier parti que nous avons adopté dans plusieurs circonstances, c'est-à-dire chaque fois que les femmes ont bien voulu s'y résoudre, ce qui est toujours très-rare, malgré l'actrocité des douleurs qu'elles éprouvent par le séjour du pus. Nous n'avons encore vu aucun inconvénient à suivre cette pratique, et nous y trouvons l'avantage d'épargner un, deux et même quelquefois trois jours de douleurs violentes aux malades. Nous devons dire aussi qu'à l'exception de la prolongation des souffrances, nous n'avons pas vu d'accidens suivre l'ouverture spontanée de ces abcès. Plessmann conseille, dans tous les cas, de vider complétement l'abcès au moyen d'une ventouse : ce procédé

peut être avantageux. L'incision par laquelle on donne issue au pus doit toujours être petite pour empêcher l'accès de l'air, et afin d'éviter la réunion trop prompte de l'ouverture de ses lèvres, on y introduit, pendant les premiers jours, une tente de charpie ou une mèche de linge effilé sur ses bords. On continue les topiques émolliens tant qu'il reste un peu de douleur et d'engorgement. Il arrive assez souvent que lorsque la fluctuation s'étant d'abord fait sentir profondément vers la partie supérieure du sein, on a été conduit à faire une ouverture dans ce lieu, on soit quelque temps après obligé d'en pratiquer une autre vers la partie inférieure : parce que le pus, fusant derrière la masse glandulaire, vient se présenter à la partie la plus déclive.

### Du phlegmon du médiastin.

La double masse de tissu cellulaire à laquelle on donne le nom de médiastin, s'enflamme quelquefois ; mais c'est surtout le médiastin antérieur qui est exposé à cet accident. Ce phlegmon est quelquefois l'effet d'une percussion sur le sternum; mais le plus communément il se développe, sans cause appréciable bien connue, chez les individus atteints depuis long-temps de syphilis ou de scrofules; et presque toujours alors il accompagne, comme cause ou effet, la carie du sternum. Les symptômes en sont fort obscurs, en raison du siége qu'il occupe dans une partie qui n'est en relation sympathique avec aucune autre, et en outre, parce qu'il est presque toujours peu douloureux et lent dans sa marche. Une douleur plus ou moins vive sous le sternum, que la pression exercée sur cet os augmente, et que les mouvemens d'inspiration réveillent, en est, au début, le seul sympôtme. S'il a été précédé par un coup ou une chute sur le sternum, cette circonstance jette quelque jour sur le diagnostic ; mais lorsqu'il est survenu sans cause connue, l'obscurité est presque toujours des plus profondes. Cependant le siége de la douleur, l'absence de symptômes d'affections du poumon, de la plèvre, du cœur ou de l'estomac; puis les pulsations ressenties dans la partie, les frissons vagues et passagers dans la région dorsale, les sueurs, la mollesse et la plénitude du pouls, peuvent faire soupçonner la nature de la maladie. Malgré tous ces signes, les doutes ne sont ordinairement levés que lorsque le pus, fusant le long des vaisseaux, vient se rassembler en abcès sur les côtés du sternum où à l'épigastre. Quelquefois ce liquide se fait jour à travers l'os lui-même ; cela ne peut avoir lieu sans qu'il soit carié (voyez *Ostéite*). Le phlegmon du médiastin est toujours une maladie longue, grave et souvent dangereuse; il est important d'en prévenir le développement, et d'empêcher qu'il ne se termine par suppuration. Si donc on a quelque raison de croire à son existence, après un coup surtout, il ne faut pas balancer à faire des applications de sangsues sur la région sternale, jusqu'à ce qu'on en ait obtenu la résolution ; mais le plus ordinairement ce sont les abcès qui en sont les suites que l'on est seulement appelé à traiter. Dans un cas de cette espèce, où le pus s'étant fait jour à travers le sternum, était venu soulever les tégumens, J.-L. Petit agrandit l'ouverture faite à l'os, à l'aide du trépan perforatif, et parvint à vider complètement le foyer.

### Du phlegmon de l'abdomen.

Toutes les portions du tissu cellulaire abdominal peuvent s'enflammer ; mais celui qui remplit le petit bassin en fournit le plus grand nombre d'exemples ; cela dépend de ce qu'il est soumis à un plus grand nombre de causes d'irritation. La plus puissante de ces causes est l'état de couches ; il n'est pas rare d'observer des femmes qui, quatre ou cinq jours ordinairement après l'accouchement, éprouvent de la pesanteur et des douleurs sourdes dans le bassin, qui se propagent bientôt aux cuisses et aux aines, dont les glandes s'engorgent. Des frissons irréguliers se déclarent; il survient du malaise, de l'accélération dans le pouls, la perte de l'appétit, de la soif, la peau s'échauffe, et ordinairement une cuisse seule ne tarde pas à s'engourdir et s'infiltrer. Les douleurs augmentent, l'irritation se propage aux ganglions et aux vaisseaux lymphathiques du membre ; celui-ci se tuméfie, le mouvement et l'extension en sont douloureux. Nous aurons occasion de revenir sur ces symptômes. MM. Alard et Gardien les rapportent à l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques du bassin et des membres abdominaux ; mais M. Velpeau, qui s'est livré à quelques recherches d'anatomie pathologique sur cette matière, l'attribue à l'inflammation de la symphyse sacro-iliaque ; toutefois, ce médecin a en même temps rencontré des abcès dans le petit bassin et le long de la cuisse malade, de sorte que l'on ignore si le phlegmon du bassin est, dans ces cas, primitif ou secondaire à l'inflammation de la symphyse. Il règne donc encore de l'incertitude sur ce point de pathologie. Cette phlegmasie est souvent grave et suivie de la mort ; c'est dire assez que le traitement antiphlogistique le plus énergique doit être employé dès le début, afin de prévenir la suppuration, s'il est possible.

Lorsqu'un phlegmon s'est développé dans toute autre partie de l'abdomen, il est toujours difficile de le reconnaître, tant qu'il ne vient pas former une tumeur aux parois abdominales. Cependant, au caractère de la douleur, qui est pulsative, à l'absence des signes de l'inflammation des organes contenus dans la cavité abdominale, aux frissons irréguliers qui passent rapidement dans le dos et les lombes, à la moiteur de la peau, enfin à la mollesse et à la plénitude du pouls, il n'est presque pas permis d'en méconnaître l'existence. Ce qui jette surtout de l'obscurité sur le diagnostic de ces phlegmons, c'est que, placés nécessairement dans le voisinage d'un organe, et même presque toujours en contact avec lui, leurs symptômes se trouvent confondus avec ceux de l'irritation de celui-ci et masqués par eux. Quand enfin le pus s'est rassemblé en foyer, et qu'il forme une tumeur aux parois abdominales, on doit lui donner issue, afin de prévenir son épanchement dans la cavité du péritoine. Quelquefois des adhérences ont lieu avec l'intestin, et le pus finit par

se frayer une issue par cette voie. Lorsque cela arrive, ce que l'on reconnaît à la présence de pus dans les selles, le malade doit être mis à un régime très-sévère, à l'usage des bains et des lavemens répétés d'eau simple. On procède à l'ouverture de ces abcès, lorsqu'ils se prononcent à l'extérieur, par les moyens précédemment indiqués.

Nous ne parlons pas ici des abcès de la fosse iliaque droite, que l'on voit quelquefois se déclarer sous l'influence de l'inflammation du cœcum qui s'est propagée par voie de continuité au tissu cellulaire ambiant. Comme ce phlegmon ne se manifeste que dans la circonstance que nous indiquons, nous renvoyons tout ce que nous aurions à en dire au moment où nous tracerons l'histoire de la colite.

### Du Phlegmon du périnée.

Le phlegmon qui occupe la marge de l'anus est souvent l'effet de la crevasse de l'intestin rectum; mais comme, dans ce cas, il prend des caractères particuliers en raison de la présence des matières fécales, et qu'il donne presque nécessairement lieu à une fistule stercorale, nous renverrons l'histoire des abcès stercoraux à celle des fistules de même nature, et nous ne parlerons ici que du phlegmon simple.

La grande quantité de tissu cellulaire qui environne l'intestin rectum, et qui se trouve dans le petit bassin; la position déclive de la partie; le nombre considérable de nerfs et de vaisseaux sanguins qui s'y rencontrent; la fréquence des irritations qui affectent le rectum, le col de la vessie et la prostate; les tumeurs hémorrhoïdaires, etc., sont autant de circonstances qui favorisent le développement des abcès à la marge de l'anus, et qui concourent à leur faire prendre rapidement une grande extension. Aussi, s'il est vrai de dire qu'ils n'acquièrent pas tous un grand développement, et qu'on voit au contraire assez souvent se former au pourtour de l'anus de petits phlegmons qu'on a nommés à cause de leur forme *tubercules suppurés*, lesquels se développent, s'ouvrent et se cicatrisent en quelques jours, sans avoir été, pour ainsi dire, aperçus par les malades; on doit dire aussi que, lorsque le phlegmon a un siége plus profond, il constitue une maladie des plus graves. Développé sous l'influence des mêmes causes que le phlegmon en général, les phénomènes qui l'accompagnent sont des plus alarmans. Ils indiquent toujours une vive participation de l'estomac, du cœur et du cerveau, à l'inflammation locale; et tandis que, par sa présence, il gêne la défécation et l'émission des urines; que l'anxiété et l'agitation sont extrêmes; que la douleur est d'autant plus vive qu'elle est incessamment augmentée par les plus légers efforts, tels que ceux qui sont nécessaires pour exécuter les plus simples mouvemens de locomotion ou des organes vocaux; il arrive souvent qu'il ne se prononce à l'extérieur, par un point rouge, dur, profondément engorgé et douloureux, que lorsque déjà la suppuration a envahi et détruit une grande partie du tissu cellulaire du petit bassin; souvent il s'ouvre dans le rectum, et dégénère presque toujours alors en *abcès stercoral*, par l'introduction des matières fécales dans sa cavité. Ordinairement il s'ouvre à l'extérieur, et laisse échapper, avec une grande quantité de pus d'une horrible fétidité, des lambeaux plus ou moins considérables de tissu cellulaire gangréné; rarement alors les désordres sont-ils susceptibles d'être réparés sans les secours de l'art les plus efficaces. En effet, l'ouverture de l'abcès se rétrécit, mais il reste, entre le rectum dénudé et les parois immobiles du bassin, un vide qu'il est impossible de remplir, et qui, fournissant incessamment du pus, entretient l'ouverture extérieure, et constitue une *fistule borgne externe*, maladie dont nous nous occuperons ailleurs.

*Traitement.* Le traitement du phlegmon à la marge de l'anus doit avoir pour objet de faire avorter la maladie, lorsqu'on est appelé dès son début; mais l'intensité de l'inflammation est telle, que, tout en employant de très-larges applications de sangsues, on doit en aider l'effet par des saignées générales, copieuses et multipliées.

Lorsqu'on n'a pas pu réussir à éviter la suppuration, il faut ouvrir l'abcès aussitôt qu'il se manifeste, dût-on même le faire avant que la suppuration soit établie, afin de prévenir la destruction du tissu cellulaire du bassin (1). Faget voulait que, dans les cas où la suppuration a lieu, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des circonstances, on incisât toujours crucialement la tumeur, en comprenant dans l'incision la paroi dénudée de l'intestin rectum. Foubert (2) prescrit, au contraire, de ne faire à ces abcès qu'une incision suffisante pour les évacuer. Sabatier pense qu'on doit réserver les incisions cruciales pour les abcès stercoraux. La plupart des chirurgiens d'aujourd'hui ont adopté les opinions de Foubert. En effet, dès que le pus a une libre issue au dehors, la douleur et les autres accidens cessent; et comme il est impossible de calculer *à priori* l'étendue de la dénudation du rectum, et qu'il est à la rigueur possible que les parois du foyer se rapprochent et se cicatrisent, il vaut mieux attendre l'événement pour prendre une détermination, que de s'exposer à faire inutilement une opération grave. (V. *Fistule à l'anus.*)

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME NERVEUX

### Considérations générales.

Le plus important de tous les systèmes, chez l'homme, est sans aucun doute le système nerveux; toutes les actions vitales sont sous sa dépendance, et depuis l'absorption jusqu'à la pensée, il n'en est aucune qui s'exerce hors de son influence. Ces actions sont de deux sortes : les unes, soumises à la volonté, caractérisent surtout l'animalité; les autres, soustraites à cette puissance, appartiennent davantage à la vie végétative. Deux ordres de nerfs président à cette double série de phénomènes vitaux; nous les distinguerons, avec la plupart des physiologistes, en nerfs de la vie animale, et en nerfs de la vie végétative.

Le système nerveux de la vie animale comprend la moelle épinière ou cordon rachidien, les tuber-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, tome I, page 389.

(2) Même recueil, tome III, page 473.

cules quadrijumeaux, le cervelet, le cerveau, et quarante-deux paires de nerfs, dont douze cérébrales et trente rachidiennes.

Pour se faire une idée générale de ce système, il faut se représenter le cerveau, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, comme trois épanouissemens de la moelle épinière, et les nerfs comme autant de cordons partant tous de cette moelle et se dirigeant vers tous les points de la périphérie, ou, si on l'aime mieux, partant des organes pour converger vers elle; mais pour l'intelligence des faits pathologiques, cette notion serait trop vague : il devient donc indispensable que nous y ajoutions quelques développemens. Nous serons aussi courts que possible.

1°. Le cordon rachidien est partagé en deux moitiés latérales, sur chacune desquelles s'implante une moitié des quarante-deux paires de nerfs cérébraux et spinaux; il n'y a pas d'entre-croisement d'une portion latérale de la moelle avec l'autre, ni par conséquent des nerfs d'un côté avec ceux du côté opposé. Les spinaux ont, dans le cordon rachidien, deux racines, une antérieure et l'autre postérieure.

2°. Chaque moitié latérale de la moelle, à son arrivée dans le crâne, se divise en trois faisceaux, et chaque faisceau forme, avec celui du côté opposé :

Les antérieurs (*pyramidaux*), après avoir entrecroisé leurs fibres, et s'être renforcés par les couches optiques et les corps striés, LE CERVEAU;

Les moyens (*latéraux*, *olivaires*), renforcés par les éminences olivaires, LES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX;

Les postérieurs (*restiformes*), renforcés par le corps festonné ou rhomboïdal, LE CERVELET.

3°. Ces trois organes, le cerveau, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, communiquent d'abord entre eux par la moelle, leur point commun de départ, et en outre par :

Deux prolongemens du cervelet allant aux tubercules quadrijumeaux;

Deux autres se détachant des faisceaux moyens et se rendant aux antérieurs.

4°. Après avoir formé le cerveau par leur épanouissement, les fibres des faisceaux antérieurs se rejoignent sur la ligne médiane, et le corps calleux résulte de leur réunion.

5°. Des espaces vides résultent de l'arrangement de toutes ces parties; on les a nommés *ventricules*.

6°. Ces nombreux organes sont formés de deux substances : l'une *blanche*, que l'on a nommée aussi *médullaire;* l'autre *grise*, connue également sous le nom de *corticale*, parce que le plus souvent elle enveloppe l'autre; celle-ci est beaucoup plus vasculaire que la première. Les nerfs ne contiennent que de la substance blanche.

Trois membranes : l'une de nature fibreuse, *dure-mère;* la seconde séreuse, *arachnoïde;* la troisième presque entièrement vasculaire, *pie-mère*, enveloppent tout le système nerveux de la vie animale. Les nerfs font exception : ils n'ont qu'une seule enveloppe, le *névrilème;* elle est de nature fibreuse. Enfin des vaisseaux sanguins nombreux pénètrent les diverses parties qui le composent. L'anatomie n'y démontre la présence d'aucuns vaisseaux lymphatiques.

Transmettre et percevoir les sensations, commander, combiner et régulariser les mouvemens, présider aux facultés intellectuelles et affectives, établir des relations réciproques entre tous les organes, telles sont les importantes fonctions dévolues à ce système. Impressions trop vives, exercices musculaires extrêmes, travail intellectuel excessif, affections morales fortes ou prolongées, souffrances violentes des autres organes, telles sont les causes ordinaires de ses maladies. Lésions du mouvement, du sentiment, de l'intelligence, tels sont les principaux chefs auxquels peuvent se rattacher les symptômes des altérations qui lui sont propres.

L'inflammation est le mode d'irritation qui s'observe le plus fréquemment dans le système nerveux de la vie animale. Elle y est ordinairement suivie du ramollissement de la partie, en raison du peu de consistance naturelle de la matière nerveuse, et parce que d'ailleurs elle produit cet effet dans tous les tissus. La guérison en est rare lorsqu'elle est aiguë; la mort prompte, ou la suppuration, le passage à l'état chronique, et l'induration, en sont les terminaisons les plus fréquentes. Nous n'avons pas besoin de faire observer que les phlegmasies des cordons nerveux offrent rarement le caractère de gravité propre aux autres portions du même système.

Les phlegmasies dont il est ici question n'accélèrent presque jamais les contractions du cœur; elles les ralentissent même le plus ordinairement; elles diminuent aussi la chaleur générale plutôt qu'elles ne l'augmentent; les instestins et la vessie ne ressentent jamais leur influence, excepté aux sphincters; enfin les poumons, l'estomac et le foie ne sont que rarement influencés par elles. Les organes de la vie végétative restent donc pour la plupart impassibles au milieu des désordres les plus graves du système nerveux de la vie animale; et s'il existe des exceptions, elles sont offertes par les organes auxquels se distribue le nerf pneumo-gastrique, ce lien commun des deux vies; car il est très-probable que le foie ne s'enflamme sous l'influence des irritations cérébrales que secondairement à l'estomac. Nous verrons plus loin que le système nerveux ganglionnaire a précisément pour fonction, sinon unique, du moins principale, d'isoler, de soustraire en partie les organes de la vie végétative à l'influence du système nerveux cérébro-rachidien.

L'intermittence est un des caractères des phlegmasies de ce système; les chroniques surtout affectent presque constamment ce type : il est beaucoup plus rare dans les aiguës.

Les principales altérations qu'on rencontre dans le système nerveux de la vie animale sont l'injection sanguine, le ramollissement, les kystes, les tubercules, l'endurcissement, le cancer, les tumeurs fibreuses, osseuses, les hydatides, les épanchemens de sang, de sérosité, et l'atrophie. La plupart de ces altérations sont des résultats d'irritation aiguë ou chronique : la dernière seule doit être exceptée. Mais sont-elles toujours produites par l'inflammation? M. Broussais le pense, et

M. Bouillaud a essayé de le démontrer (1). Nous croyons bien avec ces deux médecins, que ces altérations morbides se développent souvent sous l'influence de cet état morbide ; mais nous croyons aussi qu'elles peuvent se former sans en avoir été précédées. (*Voyez Désorganisations*).

Sans être entièrement indépendant du précédent, le système nerveux de la vie végétative a néanmoins une action propre, des fonctions particulières, *probablement* des maladies spéciales, comme il a une organisation qui n'appartient qu'à lui.

C'est un double cordon noueux placé au devant et de chaque côté de la colonne vertébrale ; c'est une triple série de ganglions, les uns placés sur le trajet des nerfs rachidiens, du trijumeau, du nerf vague et du glosso-pharyngien, les autres sur le nerf tri-splanchnique, et quelques-uns plus rapprochés de la ligne médiane ; ce sont enfin des cordons nerveux, établissant des communications fréquentes, et dans tous les sens, entre toutes ces parties, accompagnant toutes les arétres, se distribuant au cœur, aux muqueuses des voies digestives et urinaires, etc. : ce sont, disons-nous, ces divers organes qui, dans leur ensemble, forment le système nerveux de la vie végétative.

La nutrition, les sécrétions, la circulation capillaire et la digestion intestinale s'exercent spécialement sous son influence ; mais il a surtout pour fonctions, 1° de soustraire l'exercice de ces actes au pouvoir de la volonté ; 2° de les continuer pendant le sommeil, et dans tous les cas où le centre nerveux cesse pour quelque temps de lui fournir le principe de son action, agissant alors comme un réservoir du fluide nerveux ; 3° de transmettre à ce centre les sensations viscérales d'une certaine intensité, et de lui enlever la conscience de celles qui sont au-dessous de ce degré d'intensité variable suivant les individus ; 4° probablement d'établir des liaisons sympathiques entre tous les principaux organes.

Les maladies de ce système sont à peine connues. On a trouvé quelquefois sur les cadavres, les ganglions ou les nerfs sympathiques enflammés ; mais on ne sait pas bien à quels symptômes ces altérations correspondent. Cependant M. Lobstein dit avoir observé l'inflammation des ganglions semi-lunaires ou cœliaques à la suite de symptômes de coqueluche et de tétanos ; M. Autenrieth a vu les nerfs vagues sympathiques et cardiaques enflammés dans la coqueluche ; enfin Duncan a rencontré, dans un cas de diabète, la portion abdominale du nerf symphathique triplée ou quadruplée de volume. Ces faits demandent à être confirmés.

Les phlegmasies du système nerveux de la vie animale présentent des symptômes particuliers et des indications spéciales, suivant qu'elles affectent le cerveau, le cerverlet, la moelle épinière, ou les cordons nerveux. Nous les étudierons donc séparément dans ces divers organes : la première, sous le nom de *cérébrite* ; la seconde, sous celui de *cérébellite* ; la troisième, sous celui de *myélite* ; et la quatrième, sous celui de *névrite*. Nous avons déjà dit que celles du système nerveux de la vie végétative ne sont pas connues.

(1) *Traité clinique et physiologique de l'Encéphalite*, etc. Paris, 1825.

### De la cérébrite.

La cérébrite est l'inflammation du cerveau. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente. On la trouve décrite dans les auteurs sous les noms de *fièvres maligne*, *ataxique*, *intermittente pernicieuse*, *céphalite*, *ramollissement*, *induration*, *inflammation du cerveau*, et enfin *encéphalite*.

### Cérébrite aiguë.

*Causes.* La cérébrite n'épargne aucun âge, aucun sexe ni aucune constitution ; mais on voit, par les exemples rapportés par M. Lallemand (1), que les vieillards en sont plus fréquemment atteints que les autres âges ; les enfans cependant en sont souvent affectés ; mais il est probable qu'elle est chez eux consécutive à l'arachnoïdite, à laquelle ils sont particulièrement disposés (2). Il résulte des faits recueillis par le premier de ces observateurs, ainsi que de ceux publiés par Abercrombie (3), que les hommes y sont plus exposés que les femmes ; enfin, Georget et Foville (4) ont remarqué qu'elle est plus fréquente chez les sujets nerveux et dont le cerveau est naturellement irritable. On signale, parmi les causes prédisposantes, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, la diminution ou la suppression d'hémorragies habituelles, l'abus des liqueurs spiritueuses et les affections morales tristes. Les causes occasionelles les plus ordinaires sont toutes les percussions un peu fortes du crâne, accompagnées ou non de fracture de cette boîte osseuse ; l'irritation directe du cerveau par la présence d'une esquille ou d'un autre corps étranger, l'inflammation de ses membranes, et surtout de l'arachnoïde, la carie des os du crâne, et spécialement celle du rocher par l'effet des otites chroniques ; l'insolation forte et prolongée ; les excès de boissons alcooliques, les poisons narcotiques, les miasmes des marais, les efforts du vomissement, mais surtout ceux qui sont provoqués par l'émétique ; les mouvemens de frayeur, de terreur, et enfin la disparition brusque d'une phlegmasie ou d'une hémorragie chez un individu prédisposé. M. le professeur Lallemand rapporte un exemple d'inflammation et de suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau déterminée par l'inflammation d'une partie du plexus brachial *droit* (5).

*Symptômes et marche.* La cérébrite existe rare-

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*. Paris, 1820-1831, Lettres 1 à 6, in-8°.

(2) *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde*, par MM. Parent et Martinet. Paris, 1821, in-8.

(3) *Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*, trad. en français avec des notes, par A.-N. Gendrin. Paris, 1833, in-8.

(4) *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 vol. art. *Encéphale*.

(5) *Ouvrage cité*, lettre 2, pages 123 et suivantes.

ment isolée, mais enfin cela a lieu quelquefois, et le fait fût-il plus rare encore, on n'en devrait pas moins donner la description de cette phlegmasie dégagée de toute complication. Son invasion est subite ou lente. Lorsqu'elle est précédée de symptômes précurseurs, ce sont toujours des phénomènes de congestions ou d'irritation cérébrale plus ou moins fréquens, tels que les étourdissemens, l'obscurcissement de la vue, le strabisme accidentel, la faiblesse et l'engourdissement d'un côté du corps, les fourmillemens dans les membres, les symptômes épileptiques, les secousses convulsives *d'un seul côté du corps* (caractère qui les distingue de celles que provoque l'arachnoïdite chronique); les tintemens d'oreille, les pesanteurs de tête avec embarras dans la parole, des illusions d'optique avec coloration des objets en rouge; quelquefois des congestions cérébrales fortes au point de simuler les attaques d'apoplexie; les changemens dans le caractère, l'irascibilité, la défiance, les terreurs paniques, et enfin les douleurs plus ou moins vives, continues ou intermittentes (1).

Enfin, la maladie se déclare, et voici les symptômes que lui assigne le professeur Lallemand, et l'ordre dans lequel ils se succèdent le plus ordinairement: d'abord exaltation des facultés intellectuelles, céphalalgie, sensibilité de la rétine, contraction de la pupille, strabisme, déviation de la bouche, douleurs des membres, puis contraction continue ou intermittente des muscles, diminution de l'intelligence, stupeur, somnolence; dureté de l'ouïe, perte de la vue, de la parole, déviation de la langue du côté contracté ou paralysé lorsque le malade veut la sortir, quelquefois cet organe est sec, brun, croûteux et fendillé; enfin, paralysie des muscles, d'abord avec contraction et conservation de la sensibilité, ensuite avec flaccidité et insensibilité de la peau. Ce médecin fait observer que si la première série de symptômes existe aussi dans l'arachnoïdite, et la seconde dans l'apoplexie, ce n'est que dans la cérébrite qu'ils se présentent réunis, parce que cette phlegmasie offre en même temps l'irritation du cerveau et l'altération de son tissu, tandis que l'arachnoïdite ne produit que le premier de ces phénomènes, et l'apoplexie le second. Ajoutons, pour compléter le diagnostic, que la céphalalgie a toujours son siége du côté de l'inflammation; la contracture des muscles du côté opposé; que le premier de ces symptômes diminue à mesure que le sentiment s'éteint; que le second est presque toujours intermittent; qu'il alterne souvent avec des mouvemens convulsifs; enfin, que souvent accompagné, au début, de l'exaltation de la sensibilité des muscles contractés, il ne tarde pas à faire place à la paralysie complète. Un symptôme qui accompagne assez fréquemment l'inflammation du cerveau, est l'odeur de souris qu'exhale le malade. M. Lallemand pense que cette odeur est produite par l'élimination d'une certaine quantité d'urine par la voie de la transpiration cutanée. Ce liquide, en effet, s'accumule et séjourne dans la vessie, parce que le cerveau enflammé ne peut plus commander les actes nécessaires à son expulsion; une portion est absorbée, et imprègne, pour ainsi dire, tout le corps et les autres excrétions de son odeur. C'est en vertu de cette même impuissance du cerveau à exciter les actes nécessaires à la défécation, qu'une constipation opiniâtre existe presque toujours dans l'inflammation de cet organe.

Cette phlegmasie n'influe sur la respiration que dans les derniers momens de la vie; jamais elle n'accélère les contractions du cœur, et même le plus communément elle ralentit le pouls; jamais non plus elle ne produit le délire : elle exalte ou diminue seulement les facultés intellectuelles. Quand le pouls est fréquent dans la cérébrite, c'est qu'il existe en même temps une autre phlegmasie. Lorsqu'il y a du délire, l'arachnoïde est enflammée. Ce n'est pas, ainsi que le fait observer M. Lallemand, que l'arachnoïde soit le siége du délire; mais quand cette membrane est enflammée, elle excite le cerveau, comme la plèvre fait le poumon, et ses fonctions s'exaltent; tandis que quand cet organe lui-même est le siége de l'inflammation, « son tissu est trop altéré pour qu'il puisse continuer ses fonctions; il y a paralysie de fonctions intellectuelles, comme paralysie des mouvemens volontaires (1). Dans quelques cas, il n'y a pas de paralysie; toujours alors l'inflammation a son siége, ajoute ce savant professeur, dans des parties qui n'ont pas de communication *directe* avec la moelle épinière; telles sont les corps calleux, le *septum lucidum* et la voûte à trois piliers. »

Lorsque la paralysie est générale, l'inflammation occupe la protubérance annulaire, ou bien elle est tellement étendue dans un hémisphère, que l'autre est fortement comprimé par le gonflement qu'elle détermine. MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont conclu de faits nombreux, 1° que la paralysie bornée à un seul bras, indique que la couche optique seule et ses irradiations (du côté opposé) sont le siége de la lésion; 2° que la paralysie de la jambe dépend de la lésion du corps strié et de ses irradiations; 3° que l'hémiplégie annonce la lésion simultanée de la couche optique et du corps strié. Il résulte de là que la paralysie croisée, celle qui frappe en même temps le bras *droit* et la jambe *gauche*, par exemple, prouve l'existence d'une lésion dans chaque hémisphère; l'une dans la couche optique *gauche*, et l'autre dans le corps strié *droit*. Quelques faits tendent à faire croire que la paralysie isolée de la langue indique la lésion de la corne d'Ammon (2). Enfin M. Bouillaud, a dans ces derniers temps, défendu avec le talent qu'on lui connaît, l'opinion que la perte de la mémoire des mots est un signe que l'inflammation occupe les lobules antérieurs du cerveau (3). Ajoutons que les diverses paralysies dont nous venons de parler n'indiquant que le siége de la lésion cérébrale, et pouvant dépendre de lésions de nature différente, doivent avoir été précédées ou être accompagnées des symptômes précédemment énumérés, pour qu'on puisse les rapporter à l'inflammation.

(1) Lallemand, *ouvrage cité*.

(1) *Ouvrage cité*, lettre 2, pages 246 et 247.

(2) *Essai sur la paralysie considérée sous le rapport de la séméiologie*, par M. Cazes, D. M. P., 1824.

(3) *Ouvrage cité*, pages 283 et suivantes.

La cérébrite produit quelquefois des vomissemens sympathiques. On reconnaît que telle est leur nature, à la fraîcheur de la peau, la blancheur et l'humidité de la langue, et à l'état naturel du pouls. Que si la peau est chaude et aride, la langue sèche, rouge aux bords et fuligineuse au centre, et le pouls fréquent, les vomissemens cessent d'être sympathiques de la phlegmasie cérébrale; ils dépendent d'une inflammation concomitante des voies digestives. Ces faits nous paraissent incontestables; plusieurs observations nous en ont démontré la vérité, depuis la publication de l'ouvrage du professeur de Montpellier.

Lorsque le cerveau s'est enflammé à la suite d'une fracture du crâne, et qu'une large ouverture lui permet de sortir au dehors, à mesure qu'il est gonflé par la congestion, il n'existe point, ou à peine, de symptômes de compression. Ainsi la vue et l'ouïe conservent leur intégrité du côté non paralysé, et ne sont que légèrement affaiblies de l'autre côté; il n'y a pas de somnolence ni de coma; l'exercice des facultés intellectuelles reste à peu près libre jusqu'à la fin. Que si, dans ce cas, on veut s'opposer à l'issue de la substance cérébrale, le coma, la perte de l'intelligence, etc., ne tardent pas à se manifester (1).

Ces symptômes sont encore sujets à une foule de variations, soit dans l'intensité, soit dans la marche, soit dans le développement, que nous ne pouvons faire connaître ici. Nous dirons seulement que, lorsque le pus se rassemble en un seul foyer, la congestion, la compression et l'irritation cérébrales venant à diminuer tout à coup, les symptômes s'amendent, diminuent et même disparaissent, au point de faire croire à la guérison; mais les facultés intellectuelles restent un peu obtuses, les réponses et les mouvemens conservent de la lenteur, et bientôt le pus agissant comme corps étranger, irrite et enflamme la substance cérébrale qui l'entoure; tous les accidens se renouvellent avec force, et le malade succombe. Quelquefois cependant ces accidens consécutifs n'acquièrent pas une grande intensité; ils finissent même par céder plus ou moins complètement. Le malade reste hémiplégique, ou bien avec un côté du corps seulement affaibli, ou même avec un simple affaiblissement des facultés intellectuelles, ou la perte de la mémoire, ou bien avec quelques uns des symptômes que nous avons signalés comme précédant quelquefois l'invasion de la maladie. Alors la cérébrite est passée à l'état chronique; le pus s'est enveloppé d'un kyste, ou la portion de substance cérébrale qui a été le siége de l'inflammation s'est indurée.

Enfin les symptômes de la cérébrite sont quelquefois intermittens: les auteurs en ont fait alors une *fièvre intermittente pernicieuse*.

Ce qui rend surtout le diagnostic de la cérébrite embarrassant, c'est la similitude qui existe entre ses symptômes d'excitation et ceux de l'arachnoïdite, et entre ses symptômes de collapsus et ceux de l'apoplexie; de sorte que, quand un de ces ordres de phénomènes est peu marqué ou n'a pas été observé par le médecin, il est facile de confondre la phlegmasie du cerveau avec l'une ou l'autre de ces affections. M. Lallemand caractérise de la manière suivante les différences fondamentales de ces maladies. Dans l'inflammation de l'arachnoïde, dit ce professeur, *symptômes spasmodiques, sans paralysie*, dans l'apoplexie, *paralysie subite, sans symptômes spasmodiques*, dans l'inflammation du cerveau *symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente*.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la cérébrite aiguë est toujours rapide; sa durée moyenne est de six à sept jours; elle est souvent moindre, et quelquefois elle se prolonge jusqu'à vingt-un jours. C'est toujours une maladie grave; elle guérit rarement, et quand la mort n'en est pas la suite, elle passe à l'état chronique, et laisse des infirmités plus ou moins graves. Cependant elle se termine quelquefois par résolution, et lorsque le traitement en sera mieux dirigé qu'il ne l'a été en général jusqu'ici, cette terminaison sera probablement plus fréquente. La suppuration est le mode de terminaison le plus ordinaire; l'induration en est quelquefois la suite; mais la gangrène est excessivement rare, et n'a peut-être lieu que dans les cérébrites avec sortie de la substance cérébrale au dehors. La cérébrite intermittente emporte souvent le malade au troisième accès, et ne dépasse peut-être jamais le sixième.

*Caractères anatomiques.* L'inflammation du cerveau se montre à l'ouverture des cadavres sous l'aspect d'une espèce de liquéfaction d'une partie de la substance cérébrale, le reste conservant à peu près sa consistance ordinaire. Cette lésion a son siége le plus ordinaire dans la substance grise, le corps strié, la couche des nerfs optiques, la protubérance annulaire, parce que ces parties reçoivent le plus grand nombre de vaisseaux et les plus volumineux de ceux qui se rendent au cerveau. Lorsque la mort est survenue dans la première période inflammatoire, la partie ramollie est injectée de sang et colorée par ce liquide, en rose, en rouge plus ou moins foncé, rouge violet, lie de vin et brunâtre. Cette dernière coloration résulte de la combinaison du sang avec la substance grise. A une époque plus avancée de la maladie, et lorsque la suppuration se forme ou est formée, le pus remplace le sang dans la substance ramollie et la colore en blanc sale, blanc jaunâtre ou verdâtre. Plus tard ce liquide est rassemblé en petits foyers, puis en un foyer unique au milieu duquel nagent des débris de cerveau, et enfin, lorsque la maladie est passée à l'état chronique, ce liquide est environné d'un kyste dont l'organisation est d'autant plus avancée que l'on s'éloigne davantage de l'époque de l'invasion. La consistance, la couleur et l'odeur du pus varient; il est épais, séreux, blanc, verdâtre, grisâtre, ordinairement inodore et quelquefois fétide. Enfin, à la suite des cérébrites chroniques, surtout primitives, on trouve aussi des indurations circonscrites ayant la consistance et l'aspect de la cire un peu sale, des *tubercules*, des *cancers*, des *dégénérations squirrheuses, encéphaloïdes*, etc. Il est vrai que la nature inflamma-

(1) Lallemand, *ouvrage cité*, 3e lettre, pages 434 et 435.

toire de ces dernières altérations n'est pas démontrée. ( Voyez *Désorganisations.* )

*Traitement.* La nature de la maladie qui nous occupe ayant été méconnue jusqu'aux travaux d'Abercrombie et de Lallemand, le traitement en a toujours été empirique et meurtrier. Les chirurgiens seuls la traitaient convenablement, et obtenaient des cures nombreuses; parce que n'ayant à la traiter que lorsqu'elle compliquait des fractures du crâne, ils n'en pouvaient méconnaître la nature inflammatoire. Aujourd'hui le choix des moyens ne saurait être douteux; des faits nombreux d'ailleurs sont déjà venus démontrer l'efficacité d'un traitement antiphlogistique énergique. Il faut se hâter surtout d'agir au début : c'est ici que l'occasion est pressante ( *occasio præceps*, Hippocrate ). L'organe malade se désorganise avec la plus grande promptitude et une désolante facilité, et les momens d'agir avec avantage sont courts. Des saignées générales, abondantes et répétées, des applications fortes de sangsues derrière les oreilles, l'emploi de la glace sur la tête, la rubéfaction des extrémités, doivent être immédiatement mis en usage. M. Blaud, de Beaucaire, a proposé la compression des artères carotides dans toutes les phlegmasies cérébrales : ce moyen peut être efficace. On peut joindre à ces moyens l'emploi des purgatifs, surtout en lavemens, si les voies digestives sont exemptes d'irritation; mais en général il est préférable, pendant toute la période d'acuité, de ne donner que des boissons délayantes. La diète est indispensable. Ce n'est que lorsque la maladie menace de passer ou existe à l'état chronique, qu'on peut se servir de purgatifs continus, avec sécurité; ils entretiennent sur les voies digestives une révulsion salutaire.

Il ne faut jamais hésiter à administrer le quinquina après le premier ou le second accès, au plus tard, d'une cérébrite intermittente; mais on doit en seconder les effets par l'emploi des émissions sanguines et des révulsifs pendant les accès.

### Cérébrite chronique.

La cérébrite chronique n'est presque jamais primitive, elle succède presque toujours à la cérébrite aiguë; on ne lui connaît par conséquent pas de causes spéciales. C'est à elle qu'il faut rapporter les *indurations rouges* qui font le sujet de la cinquième *lettre* de M. Lallemand, ainsi que les *indurations blanches*, *aplaties*, *allongées*, *radiées*, *irrégulières*, qui font le sujet de la sixième. Les symptômes de cette phlegmasie ne diffèrent de ceux de la cérébrite aiguë que par leur marche et leur intensité. Ils consistent donc dans des troubles des sens, de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement; mais ces désordres sont lents, graduels et en quelque sorte intermittens. Ainsi l'intelligence s'affaiblit lentement, la vue, ou l'ouïe perdent graduellement de leur finesse, la sensibilité diminue dans une moitié du corps, les membres se paralysent peu à peu. Nous ferons remarquer, à l'occasion de ce dernier symptôme, que la paralysie semble commencer par les membres inférieurs, tandis qu'il n'en est rien; on s'en aperçoit seulement dans ces membres beaucoup plus tôt que dans les supérieurs : parce que, comme le fait judicieusement observer M. Lallemand, destinés à supporter tout le poids du corps et à le mouvoir, la plus légère diminution dans leur force devient promptement appréciable; tandis qu'un affaiblissement égal des bras ne pourrait se révéler que chez un homme qui mesurerait fréquemment leur force au dynamomètre. Si les bras devaient soutenir le corps, remarque M. Calmeil (1), qui déjà avait entrevu ce fait, ils paraîtraient sans doute tout aussi affaiblis que les membres pelviens; voyez ces paralytiques au lit, ils meuvent les jambes en tous sens avec autant de facilité que les bras.

De temps en temps, à des intervalles irréguliers, sous l'influence des excitations cérébrales et souvent sans cause connue, des accidens apoplectiques avec mélange de symptômes spasmodiques se déclarent; ils durent quelques jours, puis disparaissent. Ces accidens sont dus à l'irritation que la partie indurée entretient autour d'elle et aux inflammations qu'elle fait naître dans la substance cérébrale avec laquelle elle est en contact immédiat. Quand ces sortes d'accès ressemblent à autant d'attaques de cérébrite aiguë, on trouve à leur suite dans le cerveau ces indurations rouges, souvent composées de plusieurs couches concentriques de colorations différentes produits d'autant d'accès. Quand, au contraire, ils ont l'aspect d'accès épileptiformes, on rencontre des indurations blanches, des *cicatrices*, des plaques cartilagineuses, etc. : dans l'un et l'autre cas, l'arachnoïde participe plus ou moins aux désordres.

La cérébrite chronique est cependant quelquefois telle dès le début; ses symptômes ne varient pas pour cela; seulement ils n'ont pas été précédés par ceux de la cérébrite aiguë. On voit quelquefois des individus périr tout-à-coup ou en peu d'heures, après avoir offert pendant plusieurs mois et même pendant des années des symptômes cérébraux en apparence peu graves et presque toujours qualifiés de symptômes nerveux, et dans le cerveau desquels on est tout étonné de rencontrer les désordres les plus considérables. On sait au reste que tous les organes peuvent s'altérer profondément d'une manière lente : mais cela est peut-être plus étonnant dans le cerveau que dans toute autre partie.

La durée de la cérébrite chronique est indéfinie, son pronostic toujours grave, et sa terminaison presque constante, la mort. Les seuls moyens que l'on puisse lui opposer consistent dans l'application des cautères, des sétons ou des moxas à la nuque, dans l'emploi des évacuations sanguines générales ou locales au moment des recrudescences, et enfin dans l'administration de quelques purgatifs à l'intérieur comme agens de révulsion sur les voies digestives. Mais ce traitement demeure presque toujours impuissant.

### De la cérébellite.

L'inflammation du cervelet n'est pas encore

(1) *De la paralysie considérée chez les aliénés*, Paris 1825, in-8.

assez connue pour que nous en puissions tracer l'histoire. La maladie décrite par les auteurs sous le nom de *priapisme* en est peut-être le symptôme principal. On sait que Gall place le siége de l'amour physique dans le cervelet; M. Larrey a vu un militaire devenir impuissant par suite d'une blessure de cet organe; enfin, M. Serre regarde l'érection de la verge comme le signe constant de toute irritation cérébelleuse. Quelques maladies décrites par les auteurs sous les noms de *fièvres malignes* avec priapisme n'étaient probablement que des cérébellites. Nous regrettons toujours de n'avoir pas recueilli les détails de deux faits de cérébellite que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu : voici ce que nos souvenirs nous en rappellent. Un pompier entra à cet hôpital avec des symptômes cérébraux, tels que *perte de la parole*, renversement du cou en arrière, yeux ouverts, fixes, immobiles et brillans; physionomie un peu exaltée; immobilité du corps, mais sans contracture ni paralysie des membres, ni perte de la sensibilité; les parties génitales ne furent pas examinées. Il nous a semblé que l'intelligence était conservée, car le malade paraissait entendre parfaitement les questions qu'on lui adressait; on eût dit qu'il s'efforçait d'y répondre, et des larmes venaient mouiller le globe de l'œil, comme s'il se fût attristé de ne pouvoir le faire. Ce mutisme existait aussi avec les mêmes circonstances, et de plus avec bredouillement, chez un vieillard; mais il y avait en outre hémiplégie et contracture du côté droit, qui se dissipèrent en partie sous l'influence des évacuations sanguines. Le malade a été ouvert à la Pitié, par M. Serres, et nous avons appris que ce médecin avait trouvé une lésion du cervelet. On diagnostiqua, chez le premier, une affection cérébrale, mais sans en préciser le siége ni la nature; quelques émissions sanguines furent cependant employées : le malade mourut, et à l'ouverture du cadavre on ne trouva d'autres lésions qu'une induration de l'aspect et de la consistance du lard rance, de la grosseur d'une petite noix, dans la substance blanche d'un hémisphère du cervelet, avec injection sanguine assez forte de la substance environnante. Le lendemain, on apprit par un autre pompier que ce militaire était doué d'une salacité extraordinaire.

### De la myélite (1).

On nomme ainsi l'inflammation de la moelle épinière. Elle a été désignée par les noms de *pleuritidis dorsalis*, *rachialgie* et *spinite*.

*Causes*. Les plus fréquentes sont des efforts, les chutes, les coups violens sur le rachis, les affections des vertèbres et l'insolation; elle est quelquefois produite aussi par la suppression d'une hémorragie habituelle, par la disparition trop prompte d'un érysipèle, d'une dartre ou d'une phlegmasie articulaire; enfin, c'est assez fréquemment l'extension d'une inflammation voisine des vertèbres, de l'arachnoïde ou du cerveau qui la fait naître.

*Symptômes*. Le symptôme le plus constant de la myélite est une douleur excessivement aiguë et profonde, accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre dans la longueur du rachis, que les mouvemens, le décubitus sur le dos, surtout sur un lit de plume, exaspèrent, et dont l'intensité n'est pas accrue par la pression. A cette douleur, plus ou moins circonscrite, se joignent la stupeur et des fourmillemens dans les membres abdominaux, l'excrétion involontaire des matières fécales et des urines, ou leur rétention. La paralysie gagne quelquefois, successivement et en montant, la partie supérieure du tronc, les membres supérieurs, et finit par déterminer la cessation de la respiration et la mort par asphyxie; plus rarement elle se propage de haut en bas. Ordinairement elle commence par un seul côté du corps, et se communique à l'autre : tantôt le mouvement est seul aboli, et tantôt la sensibilité; dans quelques cas, des convulsions précèdent la paralysie; quelquefois les membres offrent une contraction permanente, douloureuse; d'autres fois ils sont flasques, sans nulle rigidité. Cette différence paraît, d'après M. Janson, tenir à ce que, dans le premier cas, l'inflammation s'étend aux membranes de la moelle, et que, dans le second, elle reste bornée à la pulpe nerveuse. Les facultés intellectuelles ne sont pas troublées, comme dans les phlegmasies du cerveau ou de ses membranes; le rachis n'éprouve ni raideur, ni courbure, comme dans l'arachnoïdite rachidienne; le pouls est ordinairement fréquent et irrégulier. Dans le plus haut degré d'intensité de la myélite, on observe quelquefois des spasmes tétaniques, le trismus, l'aphonie, la difficulté de la déglutition et une dyspnée extrême. Parfois les yeux sont très-sensibles à la lumière et l'oreille aux sons; mais jamais on n'observe la perte de la vue ni de l'ouïe, s'il n'existe pas une inflammation cérébrale concomitante.

Ces symptômes reçoivent quelques modifications du siége que l'inflammation occupe dans l'étendue du cordon rachidien. Si c'est la région supérieure de la moelle qui est enflammée, les sens sont troublés; il y a du délire, parce que l'inflammation s'étend toujours à l'encéphale; on observe en outre le trismus, le grincement des dents; la langue est rouge, sèche, la déglutition difficile, la parole impossible, les mouvemens de la respiration pressés, tumultueux, la paralysie, générale; et la mort survient rapidement avec les accidens de l'asphyxie. Quelquefois il s'y joint des symptômes d'hydrophobie. Lorsque l'inflammation a son siége dans la portion cervicale de la moelle, on remarque assez souvent une rigidité prononcée dans les muscles du cou, de même que dans les membres supérieurs, qui sont quelquefois agités de mouvemens convulsifs, et d'autres fois paralysés; la respiration est alors laborieuse et très pénible, et ne s'opère que par le diaphragme. Quand elle occupe la portion dorsale, entre les deux renfle-

(1) Voyez l'ouvrage de M. Olivier, d'Angers, intitulé : *De la moelle épinière et de ses maladies*. C'est à cet excellent travail que nous empruntons la majeure partie de ce qui va suivre sur l'inflammation de la moelle. Consultez aussi un très-bon mémoire ayant pour titre : *Sur la structure; les fonctions et le ramollissement de la moelle épinière*, par L.-F. Calmeil, D. M. P.; *Journal des Progrès*, 1828, vol. 11 et 12.

mens, on observe plus particulièrement des secousses convulsives et continues du tronc, auxquelles les membres ne participent pas, à moins que la désorganisation n'occupe une partie des renflemens. La respiration est courte, précipitée, diaphragmatique; il y a des palpitations et des battemens irréguliers du cœur. Enfin, quand la portion lombaire, ou mieux le renflement inférieur de la moelle, est le siége de l'inflammation, la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine et la douleur profonde bornée à la région des lombes, sont les symptômes ordinaires. Quelquefois on a remarqué un satyriasis plus ou moins marqué, principalement lorsque la maladie résultait d'un coup ou d'une chute. Enfin, on a trouvé chez des épileptiques un ramollissement pultacé de cette partie de la moelle.

La myélite existe quelquefois à l'état chronique; les symptômes en sont presque toujours obscurs; le plus souvent elle n'est accompagnée d'aucune douleur. La paralysie graduelle des membres et le trouble progressif des fonctions de la vessie et du rectum peuvent la faire soupçonner. Dans quelques cas très-rares, la moelle se désorganise sans même produire de paralysie (1).

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la myélite aiguë est parfois très-rapide; le malade succombe en trois à quatre jours : quelquefois elle se prolonge jusqu'à quinze à vingt jours. A l'état chronique, sa durée est indéfinie. La guérison en est extrêmement rare, et c'est presque toujours par la mort qu'elle se termine.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve ordinairement, dit M. Olivier(2), la substance de la moelle ramollie, plus ou moins désorganisée, et quelquefois réduite en un fluide jaunâtre, analogue au pus : tantôt le ramollissement comprend toute l'épaisseur de la moelle, tantôt il n'occupe qu'une de ses moitiés latérales, dans une étendue variable; d'autres fois il est plus marqué du côté de sa face postérieure que de sa face antérieure, *et vice versâ;* il peut exister isolément dans la portion céphalique, ou dans les portions cervicale, dorsale ou lombaire : quelquefois il y a augmentation de la moelle dans le point ramolli. Dans quelques cas de myélite chronique, on a trouvé la moelle épinière indurée, ses artères gorgées de sang et ses membranes enflammées.

*Traitement.* Dans la myélite aiguë, il faut avoir recours aux saignées générales, aux applications nombreuses et fortes de sangsues sur la région dorsale, aux ventouses scarifiées, aux bains tièdes prolongés et administrés de manière à ne pas causer de secousses aux malades, à la diète et aux boissons délayantes. On a proposé les topiques froids : s'il faut juger de leur efficacité par celle de la glace dans les inflammations cérébrales, ce moyen serait d'un grand secours. Lorsque l'inflammation de la moelle est chronique, on emploie les topiques irritans, les fomentations aromatiques, les douches d'eau légèrement salée et chaude à trente ou quarante degrés, les frictions sèches, les rubéfians, les vésicatoires, les cautères, les moxas. Le repos absolu est indispensable.

(1) *Ouvrage cité.*
(2) *Ouvrage cité.*

### De la névrite.

On a confondu pendant long-temps sous le nom de *névralgies* deux affections qui ont sans doute de nombreux points de ressemblance, mais qui n'en sont pas moins différentes l'une de l'autre, l'*irritation inflammatoire* et l'*irritation nerveuse* des cordons nerveux, Nous-mêmes, dans notre première édition, avions commis cette erreur. Des travaux récens (1) ayant enfin appris à mieux distinguer ces deux modes d'irritation dans les nerfs, nous tracerons ici l'histoire de la première sous le nom de *névrite*.

*Causes.* Des opinions contradictoires avaient été avancées par les divers auteurs qui avaient traité des névralgies, sur la nature des causes qui les produisent. Ainsi, tandis que les uns affirmaient que les femmes en sont plus fréquemment affectées que les hommes (Fothergill, Chaussier), les autres soutenaient l'opinion contraire (Thouret). Les mêmes contradictions se retrouvaient dans l'histoire des lésions anatomiques et du traitement. Cela devait être, puisque l'on confondait deux maladies différentes dans une même étude. Leur distinction étant aujourd'hui assez bien établie, il paraît certain que la névrite affecte le plus souvent les hommes, les adultes, les sujets forts et sanguins; tandis que la névralgie s'observe plus fréquemment chez les femmes et principalement chez les hystériques, et parmi les hommes chez les sujets nerveux, mélancoliques, irritables, Les causes occasionelles qui produisent la névrite sont en général violentes, tandis que celles des névralgies restent souvent inaperçues; toutefois ceci souffre de nombreuses exceptions. Ainsi, s'il est plus ordinaire de voir la névrite se développer sous l'influence des contusions, des piqûres et des déchirures des nerfs, par l'action du froid humide et principalement du décubitus sur la terre humide pendant la nuit, après la suppression d'une phlegmasie cutanée, d'un flux hémorrhoïdal habituel, et la névralgie au contraire être produite plus fréquemment par des affections morales, l'abus de certains stimulans tels que le café, et souvent se manifester sans cause connue, ainsi que nous l'avons déjà dit : on voit assez souvent aussi les névralgies résulter de l'action du premier ordre de causes, et les névrites apparaître sans qu'on puisse en soupçonner l'origine. Cependant, il n'en faut pas moins regarder les premières comme plus particulières à la névrite, et l'on ne doit pas négliger d'en tenir compte dans les cas obscurs, pour jeter quelque lumière sur la nature du mal.

*Symptômes, marche, durée, etc.* Les symptômes de la névrite sont : une douleur *continue* existant sur le trajet d'un tronc nerveux, d'un caractère toujours uniforme, augmentant par la pression, quelquefois par le plus léger contact, toujours

(1) Martinet, *Revue médicale*, juin 1824. Arloing, *Journal général de médecine*, mars 1827. Mélier et Roche, *Rapport sur le mémoire précédent*, même journal, même cahier.

réveillée par les mouvemens de la partie, ordinairement peu intense au début et s'accroissant ensuite graduellement; une sensation de chaleur dans la partie; quelquefois de la rougeur à la peau si le nerf est superficiel, et, dans ce cas encore, gonflement parfois appréciable de ce nerf. Pour peu que la phlegmasie soit intense, il s'y joint bientôt de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, de la soif, et tous les symptômes qui annoncent l'influence d'une phlegmasie locale sur les principaux organes, le cœur, l'estomac et le cerveau.

Il suffit de rapprocher ces symptômes de ceux de la névralgie pour apercevoir aussitôt les caractères qui les distinguent. Dans celle-ci, la douleur est ordinairement subite, instantanée, et elle acquiert en quelques instants toute son intensité; elle s'apaise et revient tour à tour; en un mot, elle est intermittente; sa nature est très-variable; elle consiste tantôt dans des élancemens violens et rapides, tantôt dans des secousses brusques semblables au choc électrique; parfois elle produit la sensation de la brûlure, d'autres fois celle d'une dilacération horrible; ici elle se manisfeste par un sentiment de torpeur et de fourmillement; là par des pincemens ou des picotemens; enfin elle revêt souvent en peu d'instans plusieurs de ces caractères. Mais il est surtout quelques particularités qui n'appartiennent qu'à elle, et qui ne permettent pas de la confondre avec la douleur de la névrite; ainsi la pression ne l'augmente pas et souvent même la soulage; elle a presque toujours un point de départ d'où elle s'élance pour suivre et dessiner les ramifications du nerf; enfin, quelque violente qu'elle soit, on ne la voit jamais s'accompagner d'accélération du pouls, de chaleur générale, de soif, etc., en un mot, des symptômes qui annoncent une réaction sympathique. En général, elle n'est accompagnée, ni de chaleur, ni de gonflement dans la partie affectée. Nous verrons, en traitant des névralgies, quels en sont les autres symptômes; ici nous ne devions en retracer que les caractères différentiels.

Bien que les différences que nous venons d'établir soient très-fondées, il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de distinguer une névrite d'une névralgie. Quand ces affections sont légères, et quelquefois même lorsqu'elles sont vives, il est parfois impossible d'en déterminer la nature. Mais nous verrons que la même difficulté se représente dans toutes les névroses, et que souvent on les confond avec les phlegmasies. Ce n'est donc que lorsqu'on peut réunir plusieurs des signes que nous avons indiqués, qu'il est permis de prononcer sur la nature de l'affection.

C'est dans le nerf sciatique qu'on a le plus souvent observé la névrite; on l'a vue aussi avoir son siége dans le médian, dans le cubital (Martinet); il n'est aucun nerf qui en soit à l'abri. Quand elle occupe le nerf sciatique, la douleur part ordinairement de l'échancrure sciatique, quelquefois de la région lombaire ou du sacrum, et se fait sentir tout le long du trajet de ce nerf, à la partie postérieure de la cuisse, jusqu'au jarret ou jusqu'au pied. Continue, augmentant par la pression, par les mouvemens du membre, par la chaleur du lit, et accompagnée d'accélération du pouls, de chaleur, de soif, etc., au début et tant que la névrite est aiguë, la douleur devient intermittente, irrégulière, et se ranime souvent à l'occasion des variations de l'atmosphère, quand l'inflammation du nerf est ancienne et chronique. Le malade ne peut pas marcher, sa jambe fléchit sous lui ou lui cause de vives douleurs, ce membre devient livide et les veines se gonflent dans la station; à la longue, il finit quelquefois par être paralysé et atrophié.

Nous ne décrirons la névrite dans aucun autre cordon nerveux; il est facile de s'en faire une idée par ce qui précède.

La névrite n'est jamais une affection dangereuse. Ce n'est que lorsqu'elle occupe un gros tronc nerveux, comme le nerf sciatique, qu'elle peut devenir inquiétante, et encore faut-il qu'elle se prolonge beaucoup à l'état aigu pour compromettre les jours du malade. A l'état chronique, elle peut, comme nous venons de le dire, entraîner la paralysie et l'atrophie du membre.

*Caractères anatomiques.* On a trouvé chez les individus qui ont succombé après avoir été longtemps tourmentés par la névrite, les nerfs rouges, tuméfiés, infiltrés d'un fluide gélatineux, ramollis, indurés, etc. Bichat a vu une fois des dilatations variqueuses des veines qui pénétraient la partie supérieure du nerf sciatique. M. Van-de-Keer a observé sur ce même nerf une injection très-prononcée, formant des plaques rondes, ovales, assez régulières, bornées au névrilème, et la pulpe nerveuse d'nn gris sale et sans aucune élasticité. Dans un autre cas, ce médecin a encore vu sur le même nerf la substance nerveuse configurée en chapelet, dont les grains durs, réticens, fibro-celluleux, étaient séparés par une pulpe mollasse, déliquescente, d'un gris tirant sur le rouge sale; le névrilème était épaissi, rouge à l'intérieur, blanc et opaque au dehors. Enfin il a trouvé des nerfs gonflés, rouges, ramollis, des parties présentant des renflemens mollasses et pultacés, qui laissaient suinter une sérosité sanguinolente, et leur névrilème granulé, lamelleux, opaque injecté (1). M. Martinet a vu les nerfs rouges, leur névrilème injecté, infiltré de sérosité limpide ou purulente, sanguinolente dans quelques cas, avec augmentation de volume du nerf induré ou ramolli (journal cité). Enfin, M. Gendrin a observé les mêmes altérations (2).

*Traitement.* Le traitement de la névrite aiguë doit être essentiellement antiphlogistique; il doit consister dans les saignées générales, si le sujet est fort et pléthorique, l'inflammation vive, le nerf affecté, considérable, comme le sciatique par exemple, et si la réaction est intense; on doit se borner aux saignées locales pratiquées sur le trajet du nerf, dans les circonstances opposées. Il faut insister sur ces évacuations sanguines, tant qu'on en obtient quelque effet, et avoir surtout le soin de les employer pendant les exacerbations de la douleur. On en seconde efficacement l'emploi

(1) *Recherches anatomiques et observations sur les névralgies*, par M. E. Van-de-Keer; *Journal universel des Sciences médicales*, t. XXV, p. 64 et suivantes.

(2) *Ouvrage cité*, tome II, pages 100 et suivantes.

par les cataplasmes émolliens et narcotiques, faits avec la farine de graine de lin, les têtes de pavots, la belladone, la morelle, etc. La prudence conseille de s'en tenir à ces moyens externes pendant toute la période d'acuité de la névrite, d'administrer en même temps des boissons délayantes, et de soumettre le malade à une diète plus ou moins sévère suivant l'état des organes intérieurs. Quand les premiers symptômes inflammatoires sont apaisés, on peut avoir recours aux embrocations huileuses opiacées et camphrées, et aux frictions avec le laudanum, le baume tranquille, le baume nerval. Enfin, lorsque l'affection est chronique ou passe à cet état, on retire de grands avantages des vésicatoires volans promenés sur le trajet du nerf, des bains de vapeur, des bains d'eaux ou de boues sulfureuses, et des douches de même nature. Les bains d'eaux et de boues sulfureuses, pris aux sources et plusieurs années de suite, constituent certainement le moyen le plus efficace contre les névrites chroniques anciennes, et principalement contre celles du nerf fémoro-poplité. Enfin, on a quelquefois eu recours avec succès dans cette dernière névrite, aux cautères et aux moxas appliqués sur le trajet du nerf.

La névrite chronique, et principalement celle du nerf sciatique, résiste assez souvent à tous les moyens que nous venons d'indiquer : elle est alors à peu près incurable. On peut cependant tenter alors certains moyens empiriques, tels que les frictions avec la teinture de cantharides, les linimens volatils, l'onguent mercuriel, l'électricité, les plaques d'acier aimanté : mais il faut bien prendre garde de ne pas accroître le mal que l'on veut détruire; c'est un effet que ces moyens produisent quelquefois.

### De la rétinite.

Nous plaçons l'inflammation de la rétine immédiatement après celle des cordons nerveux, par ce que cette membrane, sans analogues parmi les autres tissus du corps humain, est généralement considérée comme étant de texture nerveuse et comme un épanouissement du nerf optique. Déjà signalée par plusieurs autres (Dupuytren, Weller, Lawrence), cette inflammation a été décrite d'une manière plus complète par M. Mirault (1).

La rétinite affecte fréquemment les enfans scrofuleux, ce qui l'a fait nommer *ophthalmie scrofuleuse* par quelques auteurs; on la voit très-souvent succéder aux affections cutanées et principalement à la rougeole et aux éruptions du derme chevelu : aussi Wardrop l'a-t-il décrite sous le nom *d'ophthalmie exanthématique ;* très-souvent encore, elle est consécutive à l'inflammation des autres parties de l'œil; quelquefois, elle est produite par l'impression répétée d'une lumière trop vive ; la dentition, la masturbation et l'abus du coït la déterminent aussi dans quelques cas ; enfin, elle se développe quelquefois sans cause appréciable.

Cette phlegmasie, assez fréquemment liée à l'inflammation de la sclérotique ou de l'iris, à des pustules ou à des ulcères de la cornée, attaque tantôt un seul œil et tantôt tous les deux en même temps ou alternativement. Son symptôme principal et en quelque sorte caractéristique, consiste en une impossibilité absolue pour les malades de supporter la lumière naturelle ou artificielle, quand la maladie est très-aiguë. Les enfans qui en sont affectés se cachent dans les coins obscurs et se couvrent le visage avec les mains, tant ils redoutent l'impression des rayons lumineux; le matin, on les trouve ordinairement enfoncés dans le lit sous les couvertures. Les paupières sont cependant toujours fermées ; elles sont dans un état de contraction spasmodique, suivant la remarque de M. Dupuytren, qui ne permet pas de les écarter; les malades eux-mêmes ne peuvent pas surmonter cette résistance, même dans l'obscurité. Les traits de la face offrent cette expression particulière, que l'on observe chez tous les individus, lorsqu'ils viennent à s'exposer à une lumière trop vive. Lorsque l'inflammation est moins violente, ces mêmes symptômes existent encore, mais ils sont moins intenses; dans le plus faible degré, il n'existe qu'une sensibilité un peu plus grande de la rétine au contact de la lumière. En général, quand il n'existe pas de complication, l'aspect de l'œil malade ne présente rien de particulier, seulement la conjonctive est quelquefois un peu injectée et la pupille contractée. Mais des larmes s'accumulent ordinairement dans les paupières, où leur séjour cause de vives douleurs ; elles enflamment et excorient les joues ; les paupières deviennent brûlantes, les artères temporales battent avec force, et des douleurs vives, lancinantes, des picotemens, un sentiment d'ardeur et de démangeaison insupportable se font ressentir au fond du globe de l'œil.

La marche de ces symptômes est ordinairement graduellement croissante. Dans les premiers temps, les yeux sont seulement sensibles à la lumière ; plus tard cette sensibilité s'accroît; bientôt de la pesanteur et de la douleur se manifestent au fond de l'orbite; il survient du mal de tête, et enfin les graves accidens que nous avons décrits éclatent. Assez ordinairement la maladie marche ensuite par accès irréguliers, survenant brusquement et laissant toujours dans leurs intervalles l'œil beaucoup plus irritable que dans l'état normal, souvent même beaucoup plus sensible à la lumière que pendant leur durée même. Ces accès ne durent que quelques heures; ils se reproduisent plusieurs fois par jour; la rémission la plus marquée a toujours lieu vers le soir. La maladie attaque ordinairement plusieurs fois le même individu ; sa durée n'est quelquefois que d'un jour ; dans d'autres cas, elle se prolonge pendant plusieurs mois.

Les saignées locales ont en général peu d'efficacité contre la rétinite ; ce n'est par conséquent que lorsqu'elle est compliquée d'une autre phlegmasie que les émissions sanguines deviennent utiles. Les meilleurs moyens à opposer à cette affection consistent dans les collyres émolliens et narcotiques avec la décoction de guimauve et des têtes de pavot, et le laudanum de Rousseau, les purgatifs à petites doses, mais d'une manière continue; le vésicatoire ou le séton à la nuque,

(1) *Mémoire sur l'inflammation de la rétine*, par G. Mirault ; *Archives générales de médecine,* août 1829.

les pédiluves irritans. M. Dupuytren prescrit avec succès contre cette affection la poudre de belladone, à la dose de deux à trois grains par jour, et les collyres dans lesquels entre l'extrait ou l'infusion de cette plante. Il est toujours avantageux de seconder ce traitement externe par l'usage externe d'une tisane amère, telle que l'infusion de houblon, et par la prescription d'une cuillerée de sirop antiscorbutique ou de sirop de gentiane, à jeun et pendant assez long-temps.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME VASCULAIRE SANGUIN.

### Considérations générales.

L'organisation de ce système n'est pas uniforme dans tous les points de son étendue, comme l'est, à peu de différence près, celle de tous les points de la peau, des membranes muqueuses, séreuses, etc. Il devient donc indispensable d'y tracer des divisions pour pouvoir l'étudier avec fruit d'une manière générale : c'est ce qu'ont fait tous les anatomistes. A leur exemple, nous étudierons séparément les artères, les veines, les vaisseaux capillaires, le tissu érectile, et les ganglions vasculaires sanguins.

Le système artériel représente la forme d'un arbre, dont le tronc est au cœur, et qui se ramifie successivement à mesure qu'il s'en éloigne. Toutes les artères sont cylindriques, résistantes, élastiques, formées par trois membranes superposées, dont l'externe est celluleuse, la moyenne probablement fibreuse, et l'interne d'apparence séreuse; elles contiennent en outre du tissu cellulaire, des vaisseaux et des nerfs, elles sont contractiles, insensibles, et ont pour fonctions de porter le sang du cœur à toutes les parties du corps.

Les maladies des artères, qui ne sont pas produites par des causes mécaniques, reconnaissent presque toutes pour causes l'irritation ou l'inflammation, surtout de leur tunique interne. On sait qu'elles se dilatent et battent avec force, lorsque les organes auxquels elles se distribuent sont le siége d'une irritation vive, prolongée, et très-douloureuse; par exemple, les collatérales d'un doigt affecté de panaris, la radiale, lorsque l'articulation du poignet est enflammée; les temporales, dans les céphalalgies violentes; l'opisto-gastrique ou tronc cœliaque, dans les gastrites chroniques et douloureuses, etc. Leur dilatation, il est vrai, ne dépend pas toujours de cette cause, elle est souvent produite par un obstacle au cours du sang; mais, dans ce cas, elle est un effet purement mécanique, et non une maladie d'irritation, et ne doit pas par conséquent nous occuper ici. Enfin, la plupart des anévrismes, et peut-être tous ceux qui ne sont pas produits par les causes mécaniques, sont le résultat de l'ulcération de la membrane interne des artères, et par conséquent de son irritation. Nous indiquerons les causes, les symptômes et les caractères anatomiques de cette inflammation, lorsque nous en ferons l'histoire particulière.

Affectant la même disposition arborisée que les artères, les veines sont également formées par trois couches membraneuses d'une nature analogue aux tuniques artérielles; mais plus lâches, plus molles, moins résistantes, moins élastiques, contenant plus de tissu cellulaire, moins de nerfs, et à peu près la même quantité de vaisseaux. Leur usage est de ramener au cœur le sang de toutes les parties du corps; elles sont insensibles.

L'inflammation des veines est plus fréquente que celle des artères; elle est ordinairement produite par des lésions mécaniques; elle occupe presque toujours une assez grande étendue; nous avons déjà fait remarquer qu'elle ne fait en général de progrès qu'en se dirigeant vers le cœur.

Les veines s'ulcèrent et suppurent plus souvent que les artères, mais elles paraissent se réunir plus difficilement : quelquefois cependant elles s'oblitèrent par l'effet de l'inflammation, et si l'obturation porte sur un gros tronc veineux, et que la circulation ne puisse pas bien se faire par les anastomoses, l'hydropisie de toute la partie située au-dessous en est la suite très fréquente; c'est au défaut d'absorption veineuse qu'est due cette infiltration. On observe rarement dans les veines les transformations cartilagineuses et les dépôts de matière pultacée, que nous avons dit se présenter quelquefois dans les parois des artères. Nous n'y avons jamais rencontré la transformation osseuse.

Entre les artères et les veines existe le système capillaire; il est formé par les premières radicules de celle-ci et les dernières ramifications de celles-là. D'une ténuité telle, qu'ils ne peuvent être aperçus qu'à l'aide du microscope, les vaisseaux capillaires dérobent leur organisation et leur texture aux investigations de l'observateur. On suppose, avec quelque apparence de raison, qu'ils sont formés par la membrane interne des gros vaisseaux, laquelle, des artères, se continuerait jusqu'aux veines sans interruption. Les ramifications et les anastomoses y sont infinies. Ils sont très-extensibles et très-contractiles, et le sang qui les parcourt est en partie soumis et en partie soustrait à l'influence du cœur, et obéit surtout à l'action nerveuse plus que dans toute autre partie du cercle circulatoire. On dit que c'est en eux que se passent les phénomènes de nutrition, de sécrétion, d'exhalation et d'absorption. Peut-être ne font-ils que réduire le sang à l'état moléculaire dans tous les tissus, par l'effet de leur extrême ténuité, et qu'alors ce liquide, ou plutôt ces molécules sanguines, obéissent aux lois physiques et chimiques, entrent dans de nouvelles combinaisons, et forment de nouveaux produits, d'où résultent les phénomènes que nous venons de citer.

On lit dans la plupart des auteurs, que plus un tissu contient de vaisseaux capillaires sanguins, et plus fréquemment il est affecté d'inflammation. Cette manière d'exprimer un fait vrai pourrait en donner des idées fausses qu'il importe de rectifier. Ce n'est pas seulement parce que certains tissus contiennent beaucoup de vaisseaux capillaires sanguins, qu'ils sont plus souvent atteints par l'inflammation; mais c'est qu'en même temps ce sont ceux dont l'organisation est la plus compli-

quée, ce sont les plus irritables, ils sont chargés des plus nombreuses et des plus importantes fonctions, et enfin soumis au plus grand nombre de causes d'excitations : telles sont les membranes muqueuses et la peau. Pourquoi s'en prendre à l'une de ces conditions plutôt qu'à une autre, de la grande fréquence de l'inflammation dans ces tissus? Ce qui en a imposé peut-être, c'est qu'en raison de ce grand nombre de vaisseaux, et de la texture lâche de ces tissus qui permet l'abord plus facile du sang, les caractères de l'inflammation y sont plus prononcés qu'ailleurs; mais cela n'influe évidemment que sur l'aspect de cet état morbide, et non sur sa plus ou moins grande fréquence, du moins d'une manière absolue.

Il est peu de maladies que l'on puisse dire propres à ces vaisseaux. Divisés dans les plaies, rompus ou déchirés dans la contusion et l'ecchymose, dilatés par le sang dans l'inflammation, et lorsque le cours de ce liquide est interrompu dans un tronc artériel ou veineux, ce n'est, dans aucune de ces circonstances, leur lésion qui constitue la maladie, mais bien celle du tissu divisé, rompu, déchiré, contus, enflammé ou engorgé. Les seules affections qui aient leur siége réel, et en quelque sorte exclusif, dans le système capillaire sanguin, sont les *tumeurs érectiles* et le *fongus hématode*. (Voyez *Dilatations*.)

« Le tissu érectile consiste en des terminaisons de vaisseaux sanguins, en des racines de veines surtout, qui, au lieu d'avoir la ténuité capillaire, ont plus d'ampleur, sont très-extensibles et réunies à beaucoup de filets nerveux. » (Béclard, *Élémens d'anatomie générale*.) Ce n'est évidemment qu'une variété du système capillaire : on l'observe dans les corps caverneux du pénis et du clitoris, les corps spongieux de l'urètre, les nymphes, le mamelon, et les papilles de la peau et des membranes muqueuses. Il est très-sensible, et se gonfle et s'érige aussitôt qu'il est excité.

L'inflammation attaque quelquefois le corps caverneux de la verge, du clitoris, les corps spongieux de l'urètre, les nymphes et le mamelon, sans intéresser les parties environnantes. La douleur et le gonflement sont toujours très-considérables dans ces phlegmasies, et celle de la verge est souvent suivie de gangrène. Lorsqu'elles se prolongent, elles prennent fréquemment le caractère de la désorganisation cancéreuse : le corps caverneux de la verge est quelquefois le siége d'un anévrisme. Nous ne consacrerons pas un article séparé à chacune de ces phlegmasies, nous n'aurions rien à ajouter à ce que nous venons d'en dire. Enfin, le clitoris et les nymphes sont susceptibles d'acquérir un accroissement considérable par l'effet d'une irritation nutritive.

On comprend sous le nom de ganglions vasculaires, la thyroïde, le thymus, les capsules surrénales et la rate. Du tissu cellulaire, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, mais surtout des vaisseaux sanguins réunis en masses considérables et renfermés dans une enveloppe qui envoie des prolongemens à l'intérieur, telle est l'organisation de ces ganglions. Il est remarquable que les fonctions d'aucun d'eux ne sont encore bien connues. On suppose qu'ils font subir une élaboration *inconnue* aux substances absorbées, et avec plus de fondement peut-être, qu'ils sont autant de diverticules du sang. Nous verrons que la même obscurité qui règne sur le rôle fonctionnel de ces organes s'étend sur leurs maladies : c'est un argument de plus contre la médecine empirique.

Le thymus et les capsules surrénales disparaissant après la naissance, on ne connaît que les affections de la thyroïde et de la rate. Ces deux organes sont susceptibles d'inflammation, mais ils sont surtout exposés à des engorgemens purement mécaniques, dont nous essaierons d'expliquer la formation.

### De l'artérite (1).

L'inflammation des artères des membres, assez bien connue sous le rapport anatomique, ne l'est pas aussi bien sous le rapport des causes et des symptômes. Ce n'est pas que cette maladie soit trop rare pour être facilement observée; elle est au contraire plus fréquente qu'on ne le croit communément; mais il arrive assez souvent qu'on en observe les effets sans les rapporter à leur véritable cause. C'est ainsi que l'on a fait une maladie particulière de l'un de ses effets les plus fâcheux et peut-être le plus ordinaire, et qu'on l'a décrit à part sous le nom de *gangrène sénile*.

La gangrène, dite *sénile* très-improprement, puisqu'elle attaque tous les âges, est très-souvent en effet, le résultat, le symptôme d'une artérite. Les preuves de cette vérité sont aujourd'hui nombreuses. 1° On trouve presque constamment des traces d'inflammation dans les artères des membres qui sont frappés de l'espèce de gangrène à laquelle on a donné le nom de sénile; 2° les causes qui produisent cette gangrène ont été toujours des substances propres à donner au sang des qualités irritantes, telles que l'abus des liqueurs spiritueuses, les mets trop excitans, etc.; 3° des expériences intéressantes de M Cruveilhier ont appris que l'injection d'une substance irritante dans les artères des membres d'un animal, déterminait l'inflammation de la tunique interne de ces artères et la gangrène des parties auxquelles elles se distribuent (2); 4° cette gangrène est toujours précédée de douleurs locales plus ou moins fortes, et elle est souvent accompagnée de symptômes généraux de réaction qui annoncent un travail morbide actif; 5° enfin le traitement anti-phlogistique est celui qui produit les meilleurs effets (3).

Mais, dira-t-on, les artères sont souvent enflammées sans qu'il s'ensuive de gangrène; cela ne prouve rien autre chose, si ce n'est que la gangrène n'est pas un effet nécessaire de l'artérite, ce que nous sommes loin de contester. On a vu des membres frappés de la gangrène dite *sénile*, ajoutera-t-on, sans qu'à la dissection on ait trouvé la moindre trace d'inflammation dans aucune artère.

(1) *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. II, article *Artérite*, par M. Bouillaud.

(2) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, octobre 1826.

(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome IX, article *Gangrène*, par M. Bégin.

Nous avons eu nous-même l'occasion de constater ce fait; mais, comme le précédent, c'est un fait négatif qui prouve seulement que la gangrène dont il s'agit peut être produite par d'autres causes que l'inflammation des artères. Ici comme dans beaucoup d'autres circonstances, les pathologistes ont confondu sous une dénomination commune des affections de nature différente. Sous le nom de gangrène sénile, ils ont compris toutes les gangrènes spontanées dont les causes leur échappaient; et, ne connaissant pas la nature de ces gangrènes, ils l'ont supposée la même dans tous les cas, parce qu'elles leur ont paru semblables. Enfin, on nous objectera que l'on trouve fréquemment les artères obstruées dans les membres atteints de gangrène sénile, et qu'il est plus naturel d'attribuer cette mort partielle à la privation de sang qu'à l'inflammation de l'artère. Mais, d'une part, cette oblitération des artères est elle-même un des effets de leur inflammation, car on la voit produite par des concrétions fibrineuses plus ou moins denses, disposées par couches concentriques et successives dans l'intérieur de l'artère, par une sorte de bouillie noirâtre et adhérente à ses parois, etc.; et en même temps on remarque des traces de phlegmasie dans la tunique interne, telles que sa rougeur, sa friabilité, son décollement d'après la tunique moyenne, etc. En second lieu, la phlegmasie existe quelquefois sans l'oblitération; il reste, au centre des couches lamelleuses de fibrine qui tapissent l'artère enflammée, un canal assez considérable pour permettre le passage à une quantité de sang suffisante pour conserver la vie dans le membre, et cependant la gangrène n'en est pas moins produite. M. Léveillé en a communiqué verbalement une observation très-curieuse à l'Académie royale de médecine (séance du 9 octobre 1827). Enfin, on oblitère fréquemment les artères par la ligature, et il est assez rare de voir la gangrène en être la suite. L'oblitération des artères n'est donc pas la cause principale de la gangrène des membres, et sans nier son influence fréquente et incontestable dans ce résultat, nous pensons que l'inflammation y a une part plus puissante, plus directe et plus nécessaire.

En résumé, et pour qu'on ne donne pas à notre opinion plus d'extension que nous le faisons nous-même, nous disons que l'artérite produit souvent la gangrène des parties auxquelles l'artère enflammée se distribue, et que parmi les gangrènes séniles des auteurs, il en est un grand nombre qui reconnaissent pour cause cette inflammation. Nous sommes donc loin de prétendre que toutes les artérites des membres soient des causes de gangrène, et encore moins que toutes les gangrènes soient dues à cette phlegmasie.

*Causes.* L'artérite se développe le plus ordinairement sous l'influence de causes locales, telles que des coups, des chutes, les exercices violens, les grandes opérations, et principalement les amputations des membres, les ligatures, et enfin l'inflammation des parties contiguës. Entre ces causes et l'effet, le rapport est trop évident pour qu'il soit besoin de chercher à le démontrer; mais l'artérite résulte quelquefois de causes plus éloignées, et dont la manière d'agir est moins palpable. Ainsi, il paraît qu'elle peut être produite par l'usage d'alimens trop excitans et par l'abus des alcooliques. Pott et Jeanroy ont décrit sous le nom de *gangrène des gens riches* une affection qui n'est autre chose qu'une artérite, et ils ont remarqué qu'elle n'attaquait, parmi les riches, que ceux qui mangeaient et buvaient beaucoup; d'où ils ont conclu qu'elle était l'effet de ce régime vicieux. Cette étiologie nous paraît fondée. On conçoit, en effet, qu'une pareille alimentation et l'abus des spiritueux puissent donner au sang des qualités trop irritantes et que l'inflammation de quelques artères en soit le résultat. Nous pensons que le seigle ergoté agit de la même manière : car les gangrènes des extrémités, dont son usage est souvent suivi, offrent les mêmes symptômes que les gangrènes à la suite desquelles on a trouvé les artères enflammées. La remarque faite par tous les médecins qui ont observé les effets de l'ergot, que les membres gangrénés se détachent sans qu'il y ait d'hémorrhagie, vient encore à l'appui de cette opinion (voyez *Ergotisme*). Enfin nous pensons que les miasmes qui produisent la *peste* et la *fièvre jaune* (voyez *Gastro-entérite*) enflamment souvent aussi les artères, et que c'est à ce mode d'action sur ces organes que sont dues les gangrènes que l'on observe quelquefois dans ces maladies.

*Symptômes, marche, etc.* Les symptômes de l'artérite sont, en général, assez obscurs. Des douleurs profondes dans un membre, de l'engourdissement, de la pesanteur, de la difficulté dans les mouvemens, l'élargissement et l'augmentation de l'énergie des battemens de l'artère, peuvent bien faire soupçonner que celle-ci est enflammée; mais il faut convenir que ces symptômes sont loin d'être pathognomoniques. Cependant, quand ils persistent, il faut s'en défier, et c'est ici le cas de préférer une médication même superflue à une inaction qui pourrait être dangereuse. Remarquons toutefois que ces symptômes ne sont obscurs que lorsqu'ils se développent spontanément: car lorsqu'ils succèdent à la contusion violente de la partie, à une opération, etc., la connaissance de la cause éclaire le diagnostic.

Les symptômes de l'artérite produite par une cause interne ne sont en général guère plus évidens au début; ce n'est que par la suite qu'ils deviennent un peu plus clairs. Voici quelle est le plus communément leur succession : d'abord des pesanteurs, de l'engourdissement ou une sensation de froid, se manifestent dans la partie; plus fréquemment, ce sont des douleurs très-vives qui s'y font sentir; elles occupent, par exemple, le pied dans son articulation avec la jambe, dans l'artérite des membres abdominaux, celle qui est la plus commune; quelquefois le membre est frappé de paralysie plus ou moins complète, et tantôt il est décoloré et sans gonflement; tantôt il est bleuâtre et tuméfié. Des symptômes généraux, tels que l'agitation, l'insomnie, les vertiges, la rougeur de la face, des oppressions, l'accélération et la plénitude du pouls, la chaleur de la peau et la perte d'appétit, ouvrent la scène et accompagnent les symptômes locaux que nous avons précédemment énumérés; d'autres fois, au contraire, ils consistent dans l'accablement, l'apathie, la diminution de

toutes les sensations et la lenteur de la circulation.

Après une durée plus ou moins longue de ces symptômes, durée qui varie depuis un jour jusqu'à plusieurs mois, la gangrène se manifeste. Elle commence ordinairement par une tache noire ou bleuâtre, circonscrite, ayant son siége sur l'un des orteils, par exemple, et autour de laquelle l'épiderme se détache et laisse voir au dessous de lui la peau d'une couleur rouge foncée; quelquefois elle s'annonce par un léger gonflement de l'épiderme : il se forme çà et là des escharres isolées qui ne tardent pas à se confondre; enfin, dans quelques cas, elle frappe en même temps toute l'épaisseur du membre jusqu'à une plus ou moins grande hauteur, et fait des progrès d'une rapidité effrayante; mais quelle que soit sa marche au début, le caractère principal de cette gangrène est de ne pas être précédée d'un état inflammatoire appréciable de la peau, ou bien de ne l'être que d'une inflammation trop faible pour en expliquer le développement. Aussi arrive-t-il très-fréquemment que les malades s'endorment dans une fausse sécurité sur les premiers symptômes, et prennent pour des contusions, par exemple, les premières taches noires qui se manifestent; mais le médecin ne partagera pas cette illusion, et aussitôt qu'il apercevra les symptômes indiqués, il soupçonnera l'existence d'une inflammation artérielle qui peut avoir les suites les plus graves. La gangrène, en effet, ne tarde pas à faire des progrès plus ou moins rapides, elle envahit d'abord les orteils, puis s'étend à la face dorsale du pied, pénètre toute l'épaisseur de cette partie, se propage quelquefois jusqu'à l'articulation du pied avec la jambe, et s'étend même parfois à toute la jambe et à la cuisse.

Les parties que la gangrène a frappées se présentent sous deux aspects différens : tantôt elles sont noires, sèches, dures, racornies et sans odeur, et tantôt elles sont molles, grisâtres, gonflées et très-fétides. Si la mortification est très-bornée, les symptômes restent locaux; lorsqu'elle est très-étendue, au contraire, le pouls s'accélère, il est petit, intermittent; la peau est sèche et brûlante, la soif vive; du délire se manifeste; il survient des soubresauts dans les tendons; puis tous ces symptômes de réaction ne tardent pas à disparaître pour faire place à la stupeur, l'insensibilité générale, la faiblesse du pouls, promptement suivies de la mort de l'individu. Cependant quand la gangrène s'arrête, quelque étendue qu'elle ait envahie sur un membre, la terminaison n'est pas aussi funeste. Un cercle inflammatoire s'établit dans les parties saines qui sont contiguës à celles qui sont frappées de mort; celles-ci se détachent et tombent spontanément et, chose remarquable, sans qu'aucune hémorragie en soit la suite; il n'y a non plus aucune effusion de sang lorsque c'est le chirurgien qui sépare les parties gangrénées de celles qui ont conservé leur vitalité. Dans les deux cas, il en résulte des plaies qui guérissent facilement s'il reste assez de parties molles pour recouvrir les os mis à nu. La guérison en est, au contraire, retardée, si des portions osseuses ne peuvent être recouvertes par les chairs; il faut, pour qu'elle puisse avoir lieu, que l'on commence par opérer la résection des os dénudés.

Le pronostic de l'artérite des membres est peu grave tant qu'une seule artère est enflammée, et qu'elle ne produit pas de gangrène; lorsqu'au contraire plusieurs artères sont atteintes par l'inflammation, les suites peuvent en être dangereuses, alors même qu'il n'existe pas de gangrène. Quelques auteurs pensent que la *fièvre inflammatoire* dépend de cette phlegmasie (Franck, Pinel, Bouillaud). Enfin, quand la gangrène en est la suite, le pronostic varie suivant que cette gangrène est bornée ou étendue, qu'elle s'arrête ou continue ses ravages, et suivant l'âge et la constitution des individus qui en sont atteints.

*Caractères anatomiques.* En examinant sur les cadavres les artères enflammées, on trouve la tunique interne rouge, gonflée, ramollie, ayant perdu son poli, se détachant facilement de la membrane moyenne, et tapissée par une exhalation couenneuse ou puriforme; ou bien épaissie, indurée, couverte de rugosités, de plaques cartilagineuses, fibro-cartilagineuses ou osseuses, formées à ses dépens. On rencontre quelquefois des petits abcès développés dans l'épaisseur des tuniques artérielles; enfin on les trouve quelquefois complètement ossifiées ou oblitérées plus ou moins complètement par une sorte de bouillie noirâtre, épaisse, par des concrétions fibrineuses plus ou moins dures, et enfin par des lames fibrineuses concentriques qui adhèrent plus ou moins fortement à la tunique interne.

*Traitement.* Le traitement de l'artérite doit être entièrement anti-phlogistique; les saignées générales abondantes et répétées et les boissons aqueuses en doivent former la base; l'opium à l'intérieur quand les douleurs sont très-vives, et les topiques émolliens et narcotiques sur les parties douloureuses, achèvent à peu près de le compléter. On emploierait probablement avec avantage les applications de sangsues sur le trajet de l'artère enflammée; mais la difficulté de diagnostiquer cette lésion s'opposera long-temps encore à ce qu'on ait recours à ce moyen.

La gangrène des parties auxquelles se distribue l'artère enflammée est loin de contre-indiquer cette médication. Long-temps on a cru devoir la combattre par le quinquina, le camphre, le sel ammoniac et tous les anti-septiques connus; l'ignorance dans laquelle on était sur sa véritable cause ne permettait pas de penser à recourir à d'autres moyens. M. Dupuytren, fatigué de les avoir inutilement tous essayés chez une femme atteinte de cette maladie, dont le pouls était plein et dur et le visage rouge et animé, se décida à lui faire pratiquer une saignée de deux palettes; le succès fut la récompense de cette heureuse inspiration : les vives douleurs dont la malade était tourmentée se suspendirent; le sommeil dont elle était privée se rétablit, et la gangrène s'arrêta. Quinze jours plus tard, les accidens semblèrent vouloir se reproduire, le même moyen les fit encore cesser; enfin la gangrène menaça de reparaître plusieurs fois, et chaque fois la saignée en empêcha le développement. Au bout de quelque temps, la malade était complètement guérie. Il ne faudrait donc pas balancer à imiter la conduite de ce savant professeur en pareil cas, et surtout lorsque l'artérite, bien

que produisant la gangrène, sera accompagnée de vives douleurs, d'une grande tuméfaction, de plénitude et de dureté dans le pouls, et de coloration marquée du visage. Cette médication toute rationnelle a d'ailleurs reçu la sanction de l'expérience; plusieurs faits du genre de celui que nous avons rapporté se sont présentés depuis à M. Dupuytren, et le même traitement a été suivi du même succès. Nous espérons bien que l'on ne conclura pas de ce qui précède qu'il faut traiter toutes les gangrènes spontanées par les anti-phlogistiques; qu'on se reporte à nos considérations générales sur l'artérite.

Lorsque, par l'emploi de ces moyens, on sera parvenu à borner la gangrène, il faudra s'occuper de faciliter la chute des escharres. Les topiques et les pansemens auxquels il faut avoir recours pour obtenir ces résultats seront indiqués quand nous traiterons des gangrènes en général (voyez *Gangrène*).

### De l'aortite.

On connaît mieux l'inflammation de l'aorte que celles des autres artères. La science possède surtout un grand nombre de faits d'anatomie pathologique sur cette phlegmasie, et c'est principalement sur l'aorte qu'ont été observées les altérations de tissu que nous avons indiquées comme les caractères anatomiques de l'inflammation de ces vaisseaux en général : nous ne les exposerons donc pas une seconde fois. L'aortite reconnaît les mêmes causes que la phlegmasie des autres artères; mais on la rencontre souvent sur les cadavres, sans qu'aucune de ces causes ait existé: cela s'observe surtout à la suite des gastro-entérites très-intenses, et dans les cas d'*hypertrophie* du ventricule gauche. Ne pourrait-on pas se rendre raison du développement de cette inflammation par l'effet des gastro-entérites violentes, en admettant que la forte irritation que le cœur éprouve dans ces phlegmasies se communique à l'aorte, et y prend le caractère inflammatoire? N'est-ce pas même à cette circonstance que certaines gastro-entérites doivent l'opiniâtreté avec laquelle elles résistent aux moyens antiphlogistiques les plus puissans? Quelques faits que nous avons observés à l'Hôtel-Dieu tendent à nous le faire croire, et la lecture de l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud nous a fortifiés dans cette opinion (1). Ces deux médecins pensent que la violence avec laquelle le cœur hypertrophié lance le sang dans l'aorte, peut être regardée comme la cause de l'aortite dans quelques cas; cela est probable, mais on ne pourra jamais en acquérir la preuve. Cette inflammation n'est pas toujours bornée à l'aorte; elle s'étend le plus ordinairement à la membrane interne du cœur, quelquefois à l'artère pulmonaire et à ses ramifications, et même aux veines caves et pulmonaires; ce qui prouve de plus en plus que l'inflammation commence ordinairement par la membrane interne du cœur, d'où elle s'étend aux gros vaisseaux, et qu'elle est l'effet de l'inflammation d'un organe éloigné.

Il est rare que l'on parvienne à diagnostiquer l'aortite. La principale difficulté vient de ce qu'elle existe rarement isolée, et que ses symptômes, déjà fort obscurs, sont masqués par ceux de l'affection qu'elle complique. Le seul signe qui puisse la faire connaître consiste dans des pulsations plus fortes que dans l'état normal : elles se font sentir vers l'échancrure du sternum pour l'aorte thoracique, et à l'abdomen pour l'aorte abdominale; elles sont simples, ce qui les distingue des battemens du cœur; en général, elles sont moins fortes que celles de la dilatation ou anévrysme de l'aorte; enfin, elles sont moins étendues.

L'inflammation de l'aorte est susceptible de guérison. MM. Bertin et Bouillaud en rapportent deux exemples (1). Son traitement ne diffère pas de celui des autres phlegmasies; les saignées générales et locales; la diète et les boissons délayantes en font la base : le repos est de nécessité absolue; on emploie avec succès la digitale, dont on augmente graduellement la dose.

### De la phlébite (2).

La phlébite, ou l'inflammation des veines, est beaucoup plus fréquente que celle des artères, et comme en même temps elle attaque souvent les veines des membres, et que ces vaisseaux sont en général superficiels, on a pu l'observer avec soin, et en tracer l'histoire assez complète.

*Causes.* La phlébite est, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs, un des accidens fréquens de la saignée : cette opération en est la cause la plus commune. Il n'est pas rare d'observer encore à la suite des grandes plaies, des grandes opérations, et principalement après les amputations, une série d'accidens graves que l'on a attribués à la phlébite; mais comme ce sujet offre encore de l'obscurité, nous en parlerons à l'occasion des plaies où il sera mieux placé qu'ici (3); quoi qu'il en soit, la contusion des veines, les déchiremens de leurs parois, les compressions, les ligatures, et l'injection de substances irritantes dans leur cavité, la produisent aussi quelquefois. L'état variqueux de ces vaisseaux les prédispose à l'inflammation; ils s'enflamment aussi par l'excision des varices, par le contact de parties enflammées, ulcérées et suppurées autour d'elles, et principalement lorsque ces parties viennent à être atteintes par la *pourriture d'hôpital*. (Voyez cette maladie.) Quelque-

(1) *Voyez* l'ouvrage publié par ces deux habiles observateurs, sous le titre de *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, par MM. R.-J. Bertin et J. Bouillaud, Paris, 1824; in-8, fig.

(1) *Ouvrage cité*, pages 76 et suivantes.

(2) *De la phlébite utérine et de la phlébite en général considérée principalement sous le rapport de leurs causes et de leurs complications*, par M. Dance; *Archives générales de médecine*, décembre 1828; janvier et février 1829.

Voyez aussi le *Traité des maladies des artères et des veines*, par Hogdson, traduit par M. Breschet; et l'excellent article que MM. Breschet et Villermé ont consacré à cette maladie dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XLI.

(3) *Mémoire sur quelques accidens très-communs à la suite des amputations des membres*, par M. Blandin; *Journal hebdomadaire*, mars 1829.

fois la phlébite accompagne la phlegmasie des artères; plusieurs médecins l'ont observée dans le tétanos; enfin elle se développe dans quelques cas sans que les causes en soient appréciables.

*Symptômes*, *marche* et *durée*. Une douleur se développe dans le trajet de la veine, en commençant par le point qui a été immédiatement soumis à l'action de la cause, elle devient tensive, et augmente par le toucher; le tissu cellulaire voisin se gonfle et s'enflamme et le membre entier participe quelquefois à l'état inflammatoire. Lorsque le vaisseau enflammé est superficiel, la peau rougit, devient sensible et rénitente, tout le long de son trajet, les autres veines sous-cutanées se dessinent parfois aussi à l'extérieur par un réseau rouge. Dans quelques cas, si l'on pousse le sang vers le cœur par des frictions, on voit la colonne de liquide faire un léger mouvement rétrograde au moment où l'on cesse de frictionner. La veine enflammée forme plus tard une corde noueuse, roulant sous le doigt, tendue dans la direction du vaisseau, et qui borne les mouvemens du membre dans certains sens; quelquefois il se développe des abcès le long du trajet de la veine, et un érysipèle superficiel envahit tout le membre. Nous avons dit que l'inflammation se propageait presque toujours dans la direction du cœur; la douleur que provoque la pression se fait sentir dans cette direction.

Lorsque la phlébite succède à la saignée, un picotement, qui devient bientôt douloureux, commence d'abord à se faire sentir dans la piqûre, quelques heures après l'opération. Cette douleur ne tarde pas à augmenter et à s'étendre, la petite plaie devient béante, puis ses bords se durcissent, il s'en échappe du sang altéré, de la sanie, et enfin du pus. Les parties environnantes se gonflent et quelquefois s'enflamment; tout diminue ordinairement vers le sixième ou huitième jour.

On connaît peu les phénomènes sympathiques que provoque l'inflammation des veines lorsqu'elle est intense; cependant les auteurs s'accordent assez à ranger au nombre de ces phénomènes la fréquence et la dureté du pouls, la rougeur de la face, la céphalalgie, et quelquefois le délire. Dans certains cas on voit se déclarer des symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux du *typhus*. Cela n'a lieu que lorsque du pus s'est formé en assez grande quantité dans les veines enflammées, et qu'il est entraîné dans le torrent circulatoire. On voit alors en effet survenir fréquemment des frissons violens et subits, irréguliers en général, mais quelquefois affectant une sorte de périodicité, les traits de la face se décomposent rapidement, et les malades tombent dans un état de prostration extrême; ils délirent vaguement, et surtout pendant la nuit; ils éprouvent en diverses régions des douleurs survenant sans cause appréciable, la langue rougit, se dessèche, se recouvre d'un enduit noirâtre, le ventre se ballonne, le dévoiement se manifeste, la respiration est accélérée, anxieuse, entrecoupée par une petite toux rare et sèche, la peau se couvre fréquemment d'une sueur abondante, quelquefois il s'y fait une éruption de pétéchies, elle se gangrène avec une grande promptitude dans les points soumis à la pression du corps, souvent une parotide s'engorge; enfin le tremblement de la langue, les mouvemens convulsifs des lèvres, les soubresauts des tendons se manifestent, le pouls devient lent, petit, dépressible, et les malades ne tardent pas à succomber. Enfin, au lieu de ces symptômes, on n'observe souvent que ceux d'une phlegmasie cérébrale, pulmonaire, gastro-intestinale ou hépatique, survenant d'une manière brusque et inopinée et devenant rapidement très-graves.

*Terminaisons* et *pronostic*. La phlébite se termine par résolution lorsqu'elle est peu étendue, et la veine reprend ses fonctions; mais ce cas est rare, et la suppuration en est la terminaison la plus ordinaire. Quelquefois les parois de la veine enflammée contractent des adhérences entre elles, ou bien le pus qui la remplit se concrète; dans l'un et l'autre cas elle s'oblitère, et si l'oblitération porte sur le tronc principal d'un membre ou d'une partie quelconque, ce membre ou cette partie s'infiltre par le défaut d'absorption veineuse, et devient le siége d'une hydropisie en quelque sorte mécanique (1). Les veines s'ulcèrent quelquefois et finissent même par se perforer, et une hémorragie mortelle en est quelquefois la suite; elles ne se gangrènent jamais, lors même que toutes les parties qui les environnent sont elles-mêmes frappées de gangrène, et on les trouve ordinairement intactes, ainsi que les artères et les nerfs, au milieu des sphacèles les plus profonds. La phlébite spontanée est souvent mortelle, à moins qu'elle ne soit peu étendue; elle devient surtout presque constamment funeste lorsque le pus est transporté en quantité un peu considérable dans le torrent circulatoire; elle est au contraire en général légère, lorsqu'elle est produite par une cause extérieure et locale, excepté cependant dans les cas où cette cause consiste dans la piqûre d'un instrument imprégné de matières putrides.

*Caractères anatomiques*. La dissection des veines enflammées les montre avec les altérations suivantes : rougeur de la tunique interne, épaississement, perte de la densité, aspect fongueux, décollement facile d'avec la tunique moyenne; injection, gonflement, infiltration sanguine et quelquefois purulente de la tunique externe; épaississement et accroissement de densité de la tunique moyenne; conversion de toute la veine en un cordon d'un rouge foncé; pus, couche de lymphe coagulée, lamelles concentriques de fibrine, caillots plus ou moins denses et adhérens dans l'intérieur de la veine, qui est quelquefois complètement oblitérée. Lorsque l'inflammation est chronique, on trouve toutes les parois de la veine épaissies, résistantes, plus denses que dans l'état ordinaire : la tunique interne est rugueuse, inégale et se détache facilement de la moyenne, elle est d'un violet rougeâtre; du pus, des fausses membranes ou des caillots remplissent la veine, qui est tantôt dilatée et tantôt rétrécie. Il est à remarquer que l'ossification ne se rencontre pas

(1) *De l'oblitération des veines, regardée comme cause d'hydropisie*, par M. Bouillaud; *Archives générales de médecine*, t. II, page 188, et t. V, page 94.

dans les veines. Les varices sont souvent un effet de leur inflammation. (Voyez *Varices.*)

*Traitement.* La phlébite, bornée à une petite étendue, cède presque toujours assez promptement aux topiques froids dès le début; et lorsqu'elle est plus avancée, aux fomentations émollientes et narcotiques, aux cataplasmes de même nature, aux bains locaux très-prolongés, enfin à l'application de quelques sangsues sur le trajet de la veine, dans les cas où l'inflammation a quelque intensité. J. Hunter a employé avec succès la compression au dessus de l'endroit enflammé : cette pratique est rationnelle, puisque l'inflammation des veines se propage presque constamment dans la direction du cœur. M. B. Travers la regarde comme inutile, en raison de la difficulté avec laquelle s'établissent les adhérences entre les parois de ces vaisseaux : cette objection nous semble porter à faux. En effet, si les parois veineuses contractent rarement des adhérences, c'est parce que le cours continuel du sang enlève sans cesse le pus ou la lymphe concrescible du travail inflammatoire et qui sont les élémens nécessaires de l'adhésion; mais lorsque la veine est comprimée, le cours du sang y est interrompu, les matériaux qui doivent former l'adhérence séjournent, et peuvent par conséquent s'organiser. Mais cette compression est-elle toujours un moyen sûr d'empêcher l'inflammation de s'étendre? Il est permis d'en douter, et lorsque la veine est facile à atteindre par les instrumens, et trop peu considérable pour produire une hémorragie inquiétante, il serait peut-être préférable d'en opérer la section complète au dessus du point enflammé, ainsi que le proposent MM. Breschet et Villermé (1).

M. Piorry a essayé la compression des artères radiale et cubitale dans un cas de phlébite de la basilique du bras; en même temps il avait fait placer le membre dans une position déclive, le point enflammé occupant la partie supérieure du plan incliné. Le malade a guéri de sa phlébite; mais comme on a employé concurremment avec les moyens ci-dessus une application de quatre-vingts sangsues et des cataplasmes émolliens, on reste dans le doute sur la part que la compression artérielle peut avoir eue dans la guérison. Il serait bon de répéter cette expérience.

Lorsque la phlébite est très-intense, et qu'elle provoque des sympathies, et lorsque surtout elle s'est développée spontanément, il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique plus énergique que celui que nous venons d'exposer. Les saignées générales surtout doivent être employées avec persévérance; une diète absolue est indispensable; les boissons aqueuses abondantes et les bains sont éminemment utiles.

Enfin, il se forme quelquefois des abcès le long des veines enflammées : il faut procéder immédiatement à leur ouverture.

### De l'inflammation des sinus de la dure-mère.

M. Tonnelé a rapporté dans un mémoire intéressant (1) quelques faits qui tendraient à faire croire que les sinus de la dure-mère peuvent être frappés d'inflammation. Mais outre que la nature des désordres qu'il a observés est douteuse, il n'a pu rattacher encore aucun symptôme particulier à ces lésions, et encore moins a-t-il pu leur assigner un traitement. Deux faits nous paraissent seulement devoir être notés ici : l'un est la coïncidence fréquente de la teigne avec les altérations morbides des sinus ou du sang qu'ils contiennent; l'autre consiste dans l'existence très-commune aussi d'un épanchement plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, résultant de l'obstacle qu'éprouve le cours du sang dans les sinus plus ou moins complètement oblitérés. Nous renvoyons nos lecteurs au mémoire de M. Tonnelé.

### De la phlébite utérine (2).

Reconnue presque en même temps par Chaussier, Schwilgué, MM. Ribes, Husson, Clark et Wilson, signalée pour la première fois par M. Breschet, mais surtout étudiée et décrite avec soin par M. Dance, l'inflammation des veines de l'utérus paraît constituer la majeure partie des *métrites* qui surviennent après l'accouchement.

*Causes.* On n'observe jamais la phlébite utérine qu'après l'accouchement; quelquefois elle survient sans cause connue, mais le plus ordinairement elle succède aux accouchemens laborieux, à l'exercice prématuré, au séjour prolongé de caillots sanguins, de débris de placenta ou des membranes de l'œuf dans la cavité de l'utérus. Il est facile de concevoir la manière d'agir de toutes ces causes. Après l'accouchement, plusieurs grosses veines utérines restent en quelque sorte béantes à la surface interne de la matrice, et s'il a fallu porter la main dans cet organe, soit pour le débarrasser de caillots, soit pour décoller le placenta, si les orifices de ces veines sont restés en contact avec du sang ou des débris de placenta putréfiés, si des secousses ont été imprimées à l'utérus encore douloureux par l'effet d'exercices prématurés, on conçoit que l'inflammation s'empare de ces vaisseaux, comme cela arrive quelquefois après la saignée si on exerce trop tôt le bras, et souvent après les piqûres faites avec des instrumens imprégnés de matières putrides.

*Symptômes, marche, terminaison,* etc. Il est en général difficile de distinguer dans les commencemens la phlébite utérine de la métrite ordinaire; ce n'est même dans le plus grand nombre des cas que lorsque les symptômes de résorption du pus se manifestent, qu'il est possible de diagnostiquer la phlegmasie qui nous occupe; avant cette époque en effet, le parenchyme de l'utérus participant presque toujours à l'inflammation veineuse, il est presque impossible de faire la part de chacune de ces phlegmasies. Voici cependant, d'après

(1) *Dictionnaire et articles cités.*

(1) *Mémoire sur les maladies des sinus de la dure-mère; Journal hebdomadaire de médecine*, novembre 1829.

(2) Breschet, traduction du *Traité des maladies des artères et des veines*, par Hogdson; tome II, page 533; Dance, *Mémoire cité.*

M. Dance, quels sont les phénomènes locaux qu'on peut rapporter de préférence à la phlébite utérine : le globe que forme naturellement l'utérus après l'accouchement, au lieu de diminuer chaque jour de volume comme il devrait le faire, reste volumineux et quelquefois même semble devenir de plus en plus considérable; il dépasse dans quelques cas de plusieurs pouces le rebord supérieur des pubis ; en pressant sur la région hypogastrique, on provoque une douleur beaucoup plus vive que celle qui s'observe habituellement dans l'utérus pendant les premiers jours des couches; il s'écoule souvent par la vulve une matière purulente, épaisse, bleuâtre ou bien sanieuse et ordinairement fétide ; le col utérin est chaud, tuméfié, entr'ouvert et sensible; enfin, il existe quelquefois comme dans la métrite ordinaire, un sentiment d'ardeur en urinant avec de la difficulté à excréter les urines. Mais aucun de ces symptômes n'est constant : ainsi, lorsqu'il n'y a qu'un petit nombre de veines enflammées, l'utérus revient souvent à son volume naturel; il n'est pas rare que les malades n'accusent aucune douleur ou n'éprouvent qu'une faible sensibilité à la pression ; les lochies n'ont souvent pas changé de nature et sont seulement diminuées ou supprimées, etc.

Lorsque la suppuration commence à se former dans l'intérieur des veines enflammées et que le pus est entraîné dans le torrent circulatoire, on voit ordinairement survenir tout à coup les accidens généraux que nous avons énumérés en traitant de la phlébite en général. Nous rappellerons que les principaux de ces symptômes consistent dans des frissons vagues, une altération profonde des traits, une prostration des plus considérables, du délire, un pouls fréquent et très-dépressible, et tantôt une gêne considérable et imprévue de la respiration, tantôt un ictère, etc.

La phlébite utérine est en général une maladie grave; elle l'est plus que la métrite ordinaire. Il est probable cependant que si on parvenait à la diagnostiquer de bonne heure, on pourrait souvent la faire avorter par un traitement énergique. Sa gravité dépend au reste de l'étendue qu'elle occupe. Bornée à l'utérus, on conçoit qu'elle doive être plus facilement curable que lorsqu'elle se propage aux veines ovariques.

*Caractères anatomiques.* Augmentation du volume de l'utérus, épaississement et ramollissement de ses parois, qui sont en même temps d'une couleur brunâtre ou noirâtre; veines qui rampent dans l'épaisseur de l'organe remplies de pus plus ou moins consistant, et dans le cas de résorption du pus, engorgemens purulens dans les poumons avec inflammation des plèvres ; quelquefois abcès dans la rate, le foie, le cerveau, inflammation et ramollissement de la membrane muqueuse digestive; suppurations autour et au dedans des articulations (1).

*Traitement.* Le traitement de la phlébite utérine ne diffère pas de celui de la métrite aiguë ; il consiste dans l'emploi des saignées générales, des applications de sangsues à l'hypogastre et à la vulve, de cataplasmes, des lavemens et des demi-bains émolliens, des boissons délayantes, de quelques narcotiques, et de la diète. Les saignées générales doivent être préférées aux applications de sangsues. Ce traitement doit être employé dans toute sa rigueur et dans toute son énergie dès le début de l'inflammation, car il importe d'en arrêter promptement le cours afin de prévenir la suppuration des parois veineuses et la résorption du pus. Lorsqu'on n'a pu y parvenir et que l'infection purulente commence, on peut encore se promettre de grands avantages de l'emploi des saignées générales, puisque les expériences sur les animaux ont démontré que c'était le moyen le plus efficace de faire cesser les accidens que produit l'introduction des matières putrides dans la circulation. La prostration, et la faiblesse du pouls ne doivent pas arrêter; effets de la présence du pus dans le sang, et du contact de ce sang vicié sur les principaux organes, le cerveau et le cœur, on les voit diminuer chez les animaux soumis aux expériences au fur et à mesure qu'on les saigne, et l'analogie porte à croire qu'il en serait de même chez l'homme. Enfin, on secondera les bons effets par l'emploi intérieur des médicamens dits anti-septiques, si l'état des voies digestives permet d'y avoir recours.

La phlébite utérine est une affection si grave qu'on doit toujours tout tenter pour la prévenir. Lors donc qu'après l'accouchement l'utérus reste volumineux et que sa sensibilité paraît s'accroître, il faut immédiatement recouvrir l'hypogastre de cataplasmes émolliens, et imposer un régime sévère à la malade. Si des caillots ou des débris de placenta sont restés dans la cavité de l'utérus, il pourrait être utile de porter des injections émollientes jusqu'au sein de cet organe lui-même. Enfin lorsque ces corps étrangers se putréfient par leur séjour prolongé, on ajoute avec avantage quelques gouttes de chlorure d'oxide de sodium au liquide des injections tant que la sensibilité de l'organe n'est pas augmentée.

### De la thyroïdite.

Nous nommons ainsi l'inflammation du corps thyroïde. Elle est toujours chronique, et désignée généralement par le nom de *goître ;* quelques auteurs l'ont aussi appelée *thyrocèle*, *bronchocèle*, *trachéocèle*, *gongrona*, *hypertrophie du corps thyroïde*, etc. Cette maladie est-elle réellement de nature inflammatoire, comme nous le supposons? Un coup d'œil rapide sur ses caractères anatomiques va répondre à cette question.

*Caractères anatomiques.* On trouve quelquefois le corps thyroïde augmenté de volume, plus consistant, plus foncé en couleur ; le liquide visqueux et comme oléagineux qu'il renferme naturellement, plus abondant; et ses lobes bosselés, inégaux et séparés par des intervalles profonds. D'autres fois, il est fortement injecté de sang, ou bien il en renferme un ou plusieurs caillots dans sa substance. Dans quelques cas, on le rencontre converti en un ou plusieurs kystes purulens; dans d'autres, transformé en une substance lardacée, ou fibreuse, ou fibro-cartilagineuse, ou osseuse ; enfin, on l'a vu

(1) Dance, *Mémoire cité ;* Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain.* Paris 1820, in-fol. fig. color.; quatrième livraison.

parsemé de petites concrétions pierreuses, et quelquefois rempli d'hydatides globulaires. Toutes ces altérations se présentent dans les autres tissus, toujours sous l'influence de l'irritation, et le plus ordinairement sous celle de l'irritation inflammatoire. Il en doit donc être de même dans la thyroïde, et si elles se développent le plus ordinairement sans douleur ni chaleur locales, c'est parce que ce ganglion vasculaire est presque insensible, et qu'en outre elles commencent souvent par un engorgement purement passif de la partie, dont nous rechercherons bientôt le mécanisme. La diversité de ces altérations tient sans doute, comme dans tous les tissus, à la différence d'ancienneté de la maladie lorsque l'on vient à examiner la partie, et à la plus ou moins grande lenteur avec laquelle l'inflammation a suivi sa marche. On pourrait peut-être soutenir, avec quelque apparence de raison, que la première altération que nous avons décrite, celle qui consiste dans la seule augmentation de volume, de consistance et de coloration du corps thyroïde, n'indique qu'une *irritation nutritive* ou l'*hypertrophie* de ce corps. Mais l'impossibilité de reconnaître cette altération pendant la vie rendra probablement cette distinction pour toujours inutile. Quant à la transformation osseuse, depuis l'intéressant mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, par M. Rayer (1), il n'est plus permis de douter qu'elle ne soit un des effets de l'irritation.

*Causes.* Les causes de la thyroïdite sont assez mal connues. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; elle commence ordinairement dès l'enfance, elle se transmet par voie d'hérédité. M. Ferrus cite à ce sujet le fait curieux d'un enfant né avec un goître d'une mère affectée de cette maladie. On sait que ces individus rabougris, connus sous le nom de *crétins*, portent tous une énorme tumeur goîtreuse; elle est endémique dans certaines contrées, telles que les vallées profondes et brumeuses des Alpes, des Pyrénées, des Cévennes, des Vosges, des Cordillières. Quelques auteurs en accusent les eaux crues, séléniteuses, calcaires, de ces vallées, ou l'usage de l'eau provenant de la fonte des neiges; mais d'autres médecins font observer, avec raison, que la thyroïdite se développe souvent dans des pays où il n'existe aucune de ces circonstances. On est assez généralement d'accord, cependant, pour regarder l'humidité comme une de ces causes prédisposantes. Enfin, elle est fréquemment produite par les efforts et les cris, et souvent son développement date, chez les femmes, de leur premier accouchement. Nous avons vu trop manifestement, dans deux ou trois occasions, le corps thyroïde se gonfler d'une manière très-sensible pendant les douleurs de l'enfantement, pour ne pas admettre cette étiologie.

Il nous paraît facile d'ailleurs d'expliquer l'action de ce dernier ordre de causes: voici comment nous nous en rendons raison. Pendant les efforts et les cris, la respiration est en partie suspendue, il en résulte que le sang stagne en partie dans les cavités droites du cœur, et de proche en proche, dans la veine cave supérieure, les sous-clavières et les jugulaires, et comme le ventricule gauche chasse toujours le sang avec la même force dans les artères carotides, il se forme une congestion dans toute la tête, comme le prouvent la rougeur vive de la face et les apoplexies qui, comme on le sait, surviennent souvent dans cette circonstance. Or, cette congestion du sang a nécessairement lieu en même temps dans le corps thyroïde; d'une part, parce que ce liquide éprouve de la difficulté à se décharger par les veines thyroïdiennes supérieures et moyennes dans la jugulaire interne, la sous-clavière gauche et la veine cave supérieure; et de l'autre, parce que la carotide externe en pousse toujours dans l'organe par l'artère thyroïdienne supérieure. En un mot, la congestion s'opère dans toutes les parties du cou et de la tête; et comme le corps thyroïde est de nature presque entièrement vasculaire et très-extensible, elle est et plus facile et plus apparente dans cet organe. Si l'engorgement qui en résulte n'est pas porté au-delà de ce que le tissu peut s'étendre sans perdre son élasticité, il se dissipe quand la cause a cessé d'agir. Si, au contraire, il a été assez considérable pour dépasser la limite de l'extensibilité naturelle du tissu, il ne se dissipe qu'incomplètement, et devient ainsi la cause mécanique, le noyau d'une phlegmasie. Enfin, lorsqu'il est trop violent, ou le tissu du ganglion thyroïdien peu résistant, il y a rupture de quelques vaisseaux et épanchement de sang dans la substance même de l'organe. C'est dans ces cas, sans doute, que l'on a trouvé des caillots de sang au milieu de la thyroïde. On conçoit, après cette explication, pourquoi toutes les femmes qui font des cris et des efforts violens ne sont pas affectées de thyroïdite.

Hasardons une conjecture avant d'abandonner l'étude étiologique de cette affection. On sait que le développement de toutes les parties du corps est subordonné à celui des artères, et qu'en outre il existe entre la plupart de ces vaisseaux un balancement respectif de calibre tel, que plus l'une est volumineuse, et plus telle autre est petite (1). Ne serait-il pas possible que chez les crétins, l'artère carotide externe fût très-développée et beaucoup plus grosse que l'interne restée sans accroissement, et la thyroïdienne supérieure plus volumineuse qu'elle ne l'est dans l'état naturel? L'idiotisme de ces êtres et leur goître volumineux tiendraient-ils à ce vice congénial d'organisation?

*Symptômes.* Une tumeur de grosseur variable, ordinairement molle, presque toujours indolente, même à la pression, sans accroissement de température, sans changement de couleur à la peau, située sur la partie antérieure et inférieure du larynx et sur les premiers anneaux de la trachée-artère, mais dépassant plus ou moins ces limites, surtout en bas et sur les côtés, suivant qu'elle est plus ou moins volumineuse, enfin accompagnant le larynx dans ses mouvemens d'élévation et d'a-

(1) *Mémoires sur l'ossification morbide, considérée comme une terminaison des phlegmasies*, tome I, pages 313 et 489.

(1) Voyez l'*Anatomie comparée du cerveau*, par A.-E.-R. Serres, etc. Nous craindrions de rester trop au-dessous du mérite de ce beau travail, si nous essayions d'en faire l'éloge dans une courte note.

baissement ; une telle tumeur offre tous les caractères de la thyroïdite, et ne permet de la confondre avec aucune autre affection, si ce n'est avec les kystes développés dans le tissu cellulaire qui entoure et recouvre la thyroïde. Il est souvent impossible d'éviter cette méprise, qui n'est heureusement pas dangereuse.

Le volume de la tumeur peut être si considérable, qu'elle s'étende d'un angle de la mâchoire à l'autre, et, inférieurement, jusque sur la poitrine. Elle comprime alors la trachée-artère, gêne la respiration, et rend la voix rauque, ou bien elle pèse sur les jugulaires, détermine la stupeur, et devient une prédisposition à l'apoplexie. Sa consistance, ordinairement molle, varie cependant, suivant que le ganglion est converti en kystes purulens ou hydatidiques, en substance lardacée ou fibreuse, ou fibro-cartilagineuse ou osseuse, ou qu'il a conservé sa texture naturelle. La forme en est ordinairement arrondie, mais elle est quelquefois bilobée, ou inégale et bosselée. Dans quelques cas, la tumeur est chaude et douloureuse, et la peau qui la recouvre devient rouge et luisante. Enfin, elle devient parfois le siége de douleurs lancinantes, et l'on voit des veines variqueuses ramper sous la peau qui la recouvre.

*Marche, durée, terminaison et pronostic.* Le développement de la thyroïdite est presque toujours fort lent, et la maladie dure souvent autant que la vie de l'individu : elle se termine cependant assez souvent par résolution, soit provoquée par l'art, soit spontanée; ce dernier mode de résolution a lieu surtout lorsque les goîtreux viennent à quitter leur pays natal ou celui dans lequel ils ont contracté la maladie. Lorsque la suppuration en est la suite, le pus se fait quelquefois jour au dehors, et il en résulte, dans plusieurs cas, une fistule difficile à guérir (voyez *Fistules*). Cette maladie compromet très-rarement la vie et même la santé de ceux qui en sont atteints ; elle est seulement désagréable par la difformité qu'elle occasione, ou génante par sa masse et son poids.

*Traitement.* L'obscurité qui a pendant si long-temps régné sur la nature du goître a rendu son traitement tout-à-fait empirique, et toutefois cet empirisme a conduit à des résultats assez avantageux. M. Coindet de Genève ayant découvert la présence de l'iode dans l'éponge depuis long-temps employée contre cette maladie, soupçonna que ce corps simple en était le seul principe actif, et l'expérience vint bientôt confirmer ce soupçon. Depuis lors, l'iode a été employé par un grand nombre de médecins contre la thyroïdite, et souvent avec succès. On se sert de la teinture ou du sirop d'iode à l'intérieur, et des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse sur la tumeur. Nous avons guéri un goître assez volumineux par le sirop et la pommade. Ce médicament est en général assez difficilement supporté par l'estomac ; il faut l'administrer avec précautions, et en suspendre l'emploi aussitôt qu'il irrite cet organe. Les frictions déterminent parfois l'inflammation de la tumeur; il faut donc aussi les suspendre dès que la douleur s'y manifeste, détruire l'irritation par les applications des sangsues et les cataplasmes émolliens et narcotiques avant de revenir à leur emploi.

Il est probable que la méthode antiplogistique employée avec persévérance, au début de la maladie, en procurerait souvent la guérison; mais lorsqu'elle est ancienne, et que le corps thyroïde a subi l'une des dégénérescences dont nous avons parlé, que pourrait cette méthode? Cependant, comme il est presque toujours impossible de reconnaître le mode d'altération pendant la vie, il serait rationnel de commencer le traitement de la plupart des goîtres par des applications de sangsues, des cataplasmes émolliens et narcotiques, des légers astringens, et tous les moyens hygiéniques propres à régulariser les fonctions. Ce ne serait qu'après s'être convaincu de l'impuissance de ces moyens, que l'on aurait recours aux autres.

Lorsque la thyroïdite s'est terminée par suppuration, d'une manière rapide ou lente, la guérison offre plus de chances. On attend que toute la tumeur soit suppurée, et qu'il ne reste plus aucune dureté, et alors, si le pus s'est formé après une vive inflammation, on lui donne issue par une incision pratiquée avec un bistouri ; s'il s'est formé lentement, on l'évacue par une légère ponction faite avec la pointe du bistouri ou un trocart. Quand la matière, purulente ou non, qui remplit la tumeur, existe dans plusieurs loges séparées, le meilleur parti à prendre est de traverser toute la masse par un séton. On a même eu recours à ce moyen avec succès dans des cas de goîtres non suppurés, mais peu consistans. Il arrive quelquefois, qu'en croyant ouvrir un abcès du corps thyroïde, on voit s'échapper du fluide hydatidique par l'incision ou la ponction ; il faut alors agrandir la plaie, et faire sortir toutes les hydatides par la pression; et si l'on ne peut y parvenir, mettre à découvert toute la poche, afin de la vider plus facilement. Enfin, si le goître est devenu cancéreux et menace les jours du malade, on peut procéder à son extirpation. Cette opération est toujours très difficile et très-grave, en raison du grand nombre d'artères, de veines et de nerfs qui entourent ou pénètrent la tumeur, des fortes adhérences qu'elle contracte avec la trachée-artère, et de l'inflammation souvent violente qui la suit. Cependant elle compte quelques succès; il vaut donc mieux y recourir que d'abandonner le malade à une mort certaine ; mais il ne faut le faire que lorsque le goître est peu volumineux, pédiculé, et peu adhérent; car, lorsqu'il est considérable, très-étendu en avant et sur les côtés, et fortement uni à la trachée-artère, toute tentative d'extirpation serait téméraire et hâterait infailliblement la perte du malade. Nous renvoyons, pour la manière de la pratiquer, à la classe des *Désorganisations*.

Le goître a, dans quelques cas rares, le caractère des tumeurs fongueuses. (Voyez *Productions morbides.*) Si, par une erreur très-facile à commettre, on venait à porter l'instrument sur une telle tumeur prise pour un abcès, on devrait s'empresser de réunir les lèvres de l'incision aussitôt que l'on reconnaîtrait la nature du mal, afin d'empêcher l'accès de l'air, l'irritation et la végétation du fongus au-dehors, dont les suites sont toujours des plus graves.

### De la splénite.

L'inflammation de la rate est plus connue des anatomo-pathologistes que des médecins. Elle est rare ; les causes en sont peu nombreuses et mal connues, et les symptômes propres des plus obscurs. On l'observe rarement sous forme aiguë ; presque toujours elle existe à l'état chronique.

*Causes.* La splénite aiguë est rarement primitive; presque toujours elle se développe par l'extension de l'inflammation du péritoine, des parties environnantes à la membrane externe de la rate et à son tissu propre : ses causes sont alors celles de la péritonite (voyez *Péritonite*). Nous citerons cependant parmi ces causes, comme la produisant plus fréquemment, les coups, les chutes, et les pressions sur la région de l'hypocondre gauche. Une course forcée peut aussi la provoquer ; nous en rapporterons un exemple. Enfin, sous forme chronique, elle est presque toujours la suite des accès d'irritations intermittentes, dont le frisson a été prolongé. Le mode d'action de ces deux dernières causes demande à être expliqué.

Tout le monde sait que dans la course forcée la rate se gonfle, s'engorge et devient douloureuse: ce fait s'explique très-bien en admettant, avec M. Broussais, que dans les contractions musculaires fortes et répétées qu'exige la course rapide, une grande quantité de sang est exprimée du système capillaire et chassée dans les veines, ainsi qu'on en acquiert journellement la preuve, lorsque dans l'opération de la saignée on fait remuer les doigts au malade. Ce sang arrive en trop grande quantité dans les cavités droites du cœur ; il y afflue avec une vitesse si considérable que les contractions du ventricule pulmonaire ne peuvent l'en chasser ; le système veineux se distend de proche en proche, et la rate, dont la texture est lâche, est bientôt engorgée par ce fluide. C'est encore par le même mécanisme à peu près que cet organe s'engorge pendant le frisson des irritations intermittentes. Le sang abandonne tout le système capillaire extérieur, ainsi que le prouvent le froid et la pâleur de la peau ; il ne peut y revenir tant que dure le frisson ; et comme il faut bien qu'il se loge quelque part, il abonde dans les grandes masses de vaisseaux capillaires intérieurs, les poumons, le foie, et la rate surtout, dont le tissu plus extensible se laisse plus facilement remplir. Or, dans ces deux cas, le résultat est le même ; il y a engorgement mécanique et distension douloureuse de l'organe, et suivant la force et la durée d'action de la cause et la résistance du tissu, l'engorgement se dissipe immédiatement après la course ou le frisson, ou bien il persiste plus ou moins considérable. Lors donc qu'il persiste, il devient tôt ou tard une cause d'irritation pour l'organe, et c'est ainsi que naissent presque toutes les phlegmasies chroniques de la rate. Les splénites aiguës qui commencent par le tissu même de cet organe, et ne sont pas produites par des violences extérieures, n'ont probablement pas d'autre origine.

*Symptômes.* Ainsi que nous l'avons déjà dit, les symptômes de la splénite sont peu connus. Voici, d'après le savant et modeste M. Ribes (1), en quoi ils consistent. Une douleur en rapport avec l'intensité de l'inflammation se fait sentir dans la région de la rate ; elle augmente par la pression, et s'étend quelquefois à tout l'abdomen ; en même temps le pouls est fréquent et la peau chaude ; il y a de la soif, difficulté de respirer, tension dans la région de l'estomac, vomissemens, quelquefois coliques, jaunisse et difficulté d'uriner. Voici ce que nous avons observé. Une jeune ouvrière avait un assez long trajet à parcourir pour se rendre du lieu de son travail chez elle : elle fut un soir, à nuit close, accostée par deux hommes qui la suivirent jusqu'à sa porte. Dans l'espoir de s'en débarrasser, elle marcha très-vite, rentra toute essoufflée, et ressentant une douleur dans la région de la rate, à laquelle cependant elle fit peu d'attention. Le lendemain, lorsqu'elle voulut se lever, elle se sentit malade, et ses parens firent appeler l'un de nous. Nous la trouvâmes dans l'état suivant : elle éprouvait à gauche une douleur assez vive sous les dernières côtes asternales, tout-à-fait sur le côté; cette douleur augmentait beaucoup moins à la pression que ne le fait celle qui accompagne la péritonite ; elle n'irradiait pas au loin; on sentait une tuméfaction profonde en palpant vers le bord libre de la dernière côte ; la température de la peau était légèrement accrue, le pouls un peu plus fréquent que dans l'état naturel, l'appétit nul, la soif à peine augmentée, et *la langue exactement de la couleur de la cendre dans tous les points de son étendue*. Une première application de quinze sangsues sur le point douloureux diminua considérablement tous les symptômes, et une application semblable le lendemain fit tout disparaître. Il ne nous paraît pas douteux que nous ayons eu à traiter une inflammation de la rate. La nature de la cause, le siége de la douleur, la tuméfaction de la partie, l'absence des signes de la péritonite, tout nous confirme dans cette opinion.

La splénite chronique est souvent plus difficile encore à reconnaître ; ce n'est que lorsque la tuméfaction est un peu considérable et l'organe induré, que l'on y parvient aisément. Le siége qu'occupe la tumeur dans l'hypochondre gauche, et la douleur qu'y détermine la pression, laissent déjà peu de doutes : mais il est une circonstance qu'on n'a pas signalée, qui les dissipe en grande partie ; c'est que le gonflement et la douleur augmentent chaque fois que le malade veut marcher un peu vite. Lorsque la tumeur s'est développée pendant la durée d'une irritation intermittente, cette seule circonstance en fait connaître le siége. Souvent la splénite chronique ne produit que ces symptômes locaux ; mais plus fréquemment, peut-être, elle entretient le malade dans un état de pâleur, d'inaptitude au mouvement, et de faiblesse, finit par agir sympathiquement sur le cœur et les voies digestives, et conduit au marasme. L'*ascite* (voyez ce mot) en est souvent l'effet.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* On ne connaît ni la marche ni la durée de la splénite aiguë ; la chronique est presque toujours très-lente,

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XLVII, article *Rate*.

et se prolonge souvent pendant un grand nombre d'années; l'une et l'autre peuvent se terminer par résolution, suppuration, induration, ou gangrène: ce dernier mode de terminaison est le plus rare. Dans les cas de terminaison par suppuration, le pus peut s'échapper dans l'abdomen, et une mort prompte en est alors la suite; ou bien il peut se frayer une route dans la poitrine, dans l'estomac, ou dans le colon, et être rendu par les crachats, les vomissemens ou les selles; enfin, il s'épanche parfois derrière le péritoine, et va se faire jour au loin; le marasme en est la conséquence presque nécessaire dans tous ces cas. Ce n'est, en général, qu'après avoir duré pendant très-long-temps, que la splénite compromet la vie des malades; elle n'est donc pas une maladie grave, et cependant on en obtient difficilement la guérison lorsqu'elle est chronique; il est vrai que jusqu'à ce jour on l'a rarement combattue par des moyens rationnels.

*Caractères anatomiques.* On trouve assez souvent sur les cadavres, la rate ramollie, gorgée de sang et accrue de volume. Quelquefois elle est suppurée, et le pus est réuni en plusieurs kystes, ou bien en un seul dépôt, au milieu duquel tout le tissu de l'organe a disparu, et qui est renfermé dans sa membrane propre. Dans quelques cas, le pus recouvre seulement la rate, et elle en est comme entourée. On la rencontre aussi parsemée de tubercules ramollis, ou réduite en putrilage fétide, ou convertie en un mucus rougeâtre comme de la lie de vin, ou remplie d'hydatides, ou squirrheuse, osseuse, et dans ce dernier cas toujours diminuée de volume. Sa membrane propre présente assez souvent la dégénérescence cartilagineuse; elle devient plus fréquemment osseuse que l'organe lui-même, et l'ossification s'y montre par plaques, et ne l'envahit jamais en entier. Dans presque tous ces cas, la rate a contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parties environnantes.

*Traitement.* Les saignées générales et locales, les topiques émolliens et narcotiques, les bains, les boissons délayantes et la diète, sont les seuls moyens que l'on puisse employer contre la splénite aiguë. Il serait très-probablement inutile d'avoir recours aux révulsifs; sur quelque partie qu'on les appliquât, ils resteraient sans influence sur un organe aussi dépourvu de rapports sympathiques que la rate. Le traitement de la splénite chronique doit reposer sur les mêmes bases; mais il faut l'employer dès le début de la maladie, avant que le désordre soit trop grave; car alors il échouerait infailliblement. On a tort d'abandonner à eux-mêmes, et encore plus de traiter par des stimulans, les engorgemens de la rate, connus sous le nom d'*obstructions*, qui restent après les gastro-entérites intermittentes. Ce sont eux qui fournissent le plus grand nombre des désorganisations que nous avons indiquées ci-dessus; en les détruisant, on préviendrait celles-ci. Le traitement antiphlogistique en procurerait sans doute aisément la résolution.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

### Considérations générales.

Le système lymphatique se compose de vaisseaux et de ganglions. Les vaisseaux, minces, garnis de valvules, ramifiés à la manière des veines et des artères, dilatables, contractiles, très-peu sensibles, sont formés de deux membranes : l'externe, de nature cellulaire; l'interne, lisse, délicate et transparente. Les ganglions, placés partout sur le trajet des vaisseaux, sont des corps ovoïdes, aplatis, résultant, d'après Béclard, de la réunion des vaisseaux lymphatiques, tantôt divisés en ramifications très-ténues, tantôt renflées en cellules, et quelquefois présentant cette double disposition dans le même ganglion. Ni les uns ni les autres ne se rencontrent dans l'encéphale, la moelle épinière, l'œil, l'oreille interne et le placenta; ils abondent, au contraire, à l'aisselle au pli de l'aine, au cou, dans la poitrine et dans l'abdomen. Leurs fonctions sont obscures et peu connues; on sait seulement que les vaisseaux lymphatiques transportent le chyle et la lymphe, des surfaces muqueuses et cutanées et de l'intérieur des organes aux veines sous-clavières et jugulaire internes, où ils vont aboutir par quelques troncs, dont les deux principaux et les plus volumineux sont le canal thoracique et la grande veine lymphatique droite. On suppose avec quelque fondement que leurs radicules absorbent ces liquides, et l'on croit que les ganglions leur font subir une élaboration *inconnue*.

Autant la sensibilité est obtuse dans les diverses parties du système lymphatique atteintes de sub-inflammation, ainsi que nous le verrons plus tard, autant la douleur est vive lorsque ces mêmes parties sont enflammées. On sait combien sont douloureuses les phlegmasies des troncs lymphatiques et celles des ganglions de l'aine et de l'aisselle. La rougeur, le gonflement et la chaleur s'y manifestent avec une égale intensité; presque toujours aussi les sympathies des principaux organes, cerveau, cœur et estomac, sont excitées pas ces inflammations, et cependant, malgré la violence des symptômes, il est de remarque que l'endurcissement des ganglions succède presque aussi souvent à leur inflammation que la résolution et la suppuration, tant est grande l'influence qu'exerce l'organisation particulière de chaque tissu sur les résultats d'un même mode d'irritation. Ainsi, à égale intensité, dix inflammations du tissu cellulaire se terminent par des abcès, tandis que sur le même nombre de phlegmasies des ganglions lymphatiques, une moitié suppure et se résout, et l'autre moitié passe à l'état de squirrhe.

On trouve, à l'ouverture des cadavres, les gros troncs lymphatiques qui ont été enflammés pendant la vie, très-dilatés, gorgés de lymphe et ramollis; on n'y a point observé de rougeur ni d'injection, parce qu'on ne les a jamais ouverts après leur inflammation aiguë. Les vaisseaux capillaires et les ganglions lymphatiques offrent les altérations que nous avons décrites.

### De l'angio-leucite (1).

Nous proposons de nommer ainsi l'inflammation

(1) De ἀγγεῖον, vaisseau, et λευκὸς, inflammation des vaisseaux blancs, et non pas *inflammation blanche*, ce qui est un contre-sens.

des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, maladie désignée par les auteurs sous les noms d'*éléphantiasis des Arabes*, *œdème dur*, *hernie charnue*, *maladie glandulaire de la Barbade*, etc., et que M. Alard a décrite d'abord sous celui de *maladie peu connue du système lymphatique* (1), et plus récemment sous celui d'*inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques* (2). On lui a aussi donné le nom de *phlegmasie blanche*, cette dénomination est des plus impropres.

*Causes.* Le tempérament lymphatique et l'état de couches prédisposent à cette maladie; mais elle survient à tous les âges, dans toutes les conditions de la vie, et aussi fréquemment chez l'un que chez l'autre sexe. La cause qui la produit constamment, la seule que signalent les médecins qui l'ont observée, consiste dans l'impression subite d'un froid vif sur le corps placé au milieu d'une atmosphère chaude. C'est ainsi que les vents froids, qui surviennent tout à coup dans certaines contrées équatoriales, la fraîcheur des nuits rendue plus active par les courans d'air que les habitans de la Barbade établissent dans leurs maisons, un coup d'air frais atteignant une partie du corps échauffée par le lit, ou même baignée de sueur chez les femmes en couche, en sont les causes ordinaires. Elle est endémique dans certaines contrées, parce que les conditions atmosphériques que nous avons indiquées y règnent constamment; elle devient épidémique lorsque la cause agit fortement sur une grande masse d'individus; elle n'est ni contagieuse ni héréditaire.

*Symptômes et marche.* L'angio-leucite débute ordinairement par une douleur subite plus ou moins vive, occupant le trajet des principaux troncs des vaisseaux lymphatiques, ou un ou plusieurs ganglions d'une partie du corps, et le plus ordinairement d'un des membres abdominaux. Dans la direction de cette douleur il se forme une *corde* dure, noueuse et tendue, ressemblant tantôt à un amas de petites phlyctènes, et tantôt à un chapelet de petites glandes tuméfiées, surmonté quelquefois d'une trace rouge à la peau, de la largeur d'un ruban de fil, et d'autres fois sensible seulement au toucher. Bientôt les tégumens de la partie rougissent, se gonflent, et prennent une apparence érysipélateuse; le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie par l'extension de l'irritation, et l'articulation voisine est maintenue raide et fléchie. A ces symptômes locaux s'en joignent toujours de sympathiques, qui annoncent la participation de l'estomac et du cœur, et quelquefois celle du cerveau, à la souffrance extérieure. Ce sont un frisson prolongé, une soif vive, du malaise, de l'anxiété, de violens efforts pour vomir, et des vomissemens qui n'entraînent que les boissons contenues dans l'estomac, et une très-petite quantité de bile; un peu de sang est quelquefois rendu lorsque l'estomac ne contient rien. La langue est probablement rouge; M. Alard dit qu'elle est d'une belle couleur (3). Dans quelques cas, il survient du délire.

(1) *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes, maladies particulière du système lymphatique*, etc.; par M. Alard; 1829.

(2) *Deuxième édition de l'ouvrage cité*, 1804.

(3) Alard, *ouvrage cité*, page 258.

Le frisson est ordinairement suivi d'une chaleur intense, et celle-ci de sueurs extrêmement copieuses, générales ou partielles. Ces trois phénomènes, frisson, chaleur et sueur, se confondent parfois ensemble; il arrive fréquemment, surtout si le malade vient à se remuer pendant la période de chaleur, que le frisson revient aussitôt, et avec lui les douleurs et les vomissemens qui en sont inséparables dans les accès un peu forts; en même temps, la peau est chaude et baignée de sueur (1).

La durée de chaque accès et l'intervalle qui les sépare varient; leur retour est toujours précédé par une augmentation de la phlegmasie extérieure, et leur cessation suivie d'un nouvel accroissement du gonflement de la partie; enfin, ils ne tardent pas à disparaître complètement, et la maladie reste bornée à l'extérieur. Alors la rougeur, la chaleur et la douleur, de moins en moins prononcées à chaque accès, finissent par s'évanouir complètement, tandis que le gonflement ne cesse de faire des progrès de jour en jour pendant les deux ou trois mois qui suivent. Ce gonflement, qui dans le commencement n'était qu'œdémateux et conservait l'impression du doigt, et qui dépendait de l'infiltration active du tissu cellulaire, devient dur et résistant, et annonce que l'altération de ce tissu devient plus profonde. Si un ou plusieurs ganglions lymphatiques ont participé à l'inflammation des vaisseaux qui s'y rendent, ils restent engorgés, durs et squirrheux, ou bien ils se ramollissent et suppurent; la peau qui les recouvre s'ulcère; des abcès plus ou moins nombreux se forment dans le tissu cellulaire, et les ulcérations qui résultent de leur ouverture et surtout de celle des ganglions, sont en général très-difficiles à guérir. Dans quelque cas d'inflammation violente, la gangrène s'empare des ganglions enflammés.

Parvenue à l'état de chronicité que nous venons de décrire, l'angio-leucite reste ordinairement pendant plusieurs mois stationnaire; puis les accidens se renouvellent, suivent à peu près la même marche qu'au début, se dissipent comme alors, en laissant une nouvelle augmentation de volume dans la partie, laquelle, au bout de quelques années, devient difforme et monstrueuse. Aux membres inférieurs, par exemple, le gonflement de la jambe devient tel, que le pied, quoique lui-même tuméfié, est en partie couvert, et que les orteils sont presque seuls aperçus; un sillon profond existe autour de l'articulation, toute la masse est sans forme, et c'est à sa ressemblance avec les jambes de l'éléphant qu'est due la dénomination d'*éléphantiasis* sous laquelle on désigne la maladie. Quelquefois le membre est coupé par de profonds sillons circulaires de distance en distance; et comme les renflemens intermédiaires à chaque sillon sont souvent inégaux entre eux, la jambe offre alors l'aspect le plus bizarre et le plus hideux. D'autres formes encore se font remarquer, mais il est inutile de les décrire. Mais l'état de la peau vient souvent ajouter encore à la difformité : ordinairement lisse et sans changement de couleur dans les climats tempérés, elle se couvre en Égypte de

(1) *Ouvrage cité*, 2[e] édition, page 237.

croûtes jaunes et dégoûtantes, elle se hérisse de verrues dans l'île de la Barbade; elle devient rugueuse, et reçoit une teinte rembrunie des vaisseaux variqueux qui serpentent au dessous d'elle, sur les côtes de l'Égypte, de Cochin et dans les Asturies; partout, elle peut devenir le siége de crevasses; enfin, elle est quelquefois affectée de la *lèpre.* (Voyez cette maladie.)

De toutes les parties du corps, ce sont les extrémités inférieures qui sont le plus fréquemment affectées de cette maladie, mais elle peut les affecter toutes. M. Alard l'a vue fixée à la face, et produire une tuméfaction permanente des paupières, des joues, du nez et des lèvres, et quelquefois bornée à un seul côté de la figure. Elle peut alors, dans la période d'acuité, provoquer des symptômes cérébraux, comme dans l'*érysipèle* (Voyez cette maladie). Elle guérit dans cette partie plus facilement qu'aux extrémités inférieures, et la guérison a lieu ordinairement par un écoulement par les yeux, le nez ou la bouche, ou par une éruption de boutons sur la poitrine, qui rendent sans douleur une sérosité lymphatique (1). On l'a observée sur la poitrine et sur le cou, formant des tumeurs épaisses sur ces parties; ou bien donnant aux mamelles un tel volume, qu'il fallait les soutenir avec des bandages passés derrière le cou. Sur l'abdomen, elle s'accompagne, lorsqu'elle est étendue, de symptômes d'irritation gastro-intestinale au début, et produit une exhalation abondante de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale antérieure, et des tumeurs considérables à la marge de l'anus et aux grandes lèvres, ou des engorgemens du scrotum. Primitivement développée sur cette dernière partie, elle y détermine de vives douleurs au début; l'inflammation peut se propager aux testicules, qui deviennent squirrheux, où à la verge, qui acquiert des dimensions prodigieuses; mais il est plus ordinaire de voir une exhalation morbide se faire dans le scrotum, et donner à ses parties un volume monstrueux. Elle prend, dans ce siége et sous cette forme, les noms de *sarcocèle d'Egypte*, *andrum*, et *hydrocèle endémique du Malabar.*

Telle est l'angio-leucite du plus haut degré, dans toutes les parties qu'elle peut affecter et sous les diverses formes qu'elle est susceptible d'y revêtir. On se fait aisément l'idée des nuances plus légères; elle peut ne consister que dans une légère rougeur érysipélateuse, un œdème peu considérable, sans gonflement progressif de la partie, ni trouble de la santé. La mort en est rarement la suite prompte; ce n'est que lorsqu'elle a duré très-long-temps, et que les organes intérieurs ont fini par s'affecter, que le marasme entraîne la perte du malade.

*Caractères anatomiques.* On a trouvé, à la dissection des parties, les ganglions lymphatiques plus volumineux que dans l'état naturel; les vaisseaux de même ordre très-dilatés, gorgés de lymphe, et leurs parois ramollies au point de ne pouvoir résister aux injections, le tissu cellulaire sous-cutané contenant dans ses aréoles une humeur épaisse, visqueuse, tenace, présentant quelquefois la consistance d'une gelée, souvent mêlée d'une sorte de sérosité (1), la peau quelquefois épaissie, et ressemblant tantôt à une couenne, tantôt à un cartilage (2). Mais toutes ces lésions ont été observées sur des individus affectés de la maladie depuis long-temps, et passée par conséquent à l'état chronique; de sorte que l'on ne possède aucun fait d'anatomie pathologique sur son état aigu.

*Traitement.* L'empirisme ou de fausses théories ont été presque les seuls guides dans le traitement de l'angio-leucite, aussi nous offre-t-il le mélange bizarre des médications les plus opposées. Nous ne doutons nullement que les émissions sanguines locales, employées au début, et dirigées en même temps à l'épigastre, pour combattre les symptômes de phlegmasie gastrique, et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques enflammés, ne fussent suivies d'excellens effets; on les seconderait par les topiques émolliens et narcotiques pendant la durée de l'accès, et quelques astringens et un bandage compressif dans les intervalles. Si la maladie occupe une des extrémités inférieures, le repos et la position horizontale sont indispensables. Lorsque les accidens inflammatoires sont en grande partie tombés, on peut, si l'état des voies digestives le permet, avoir recours aux purgatifs drastiques à petites doses et long-temps continués, pour entretenir une révulsion continue sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. C'est dans le même but que l'on emploie les diurétiques; en même temps, il faut continuer les émolliens ou les astringens à l'extérieur. Tous les topiques irritans que l'on a conseillés peuvent nuire, et aucun fait ne prouve qu'ils aient été quelquefois utiles; nous en dirons autant des émétiques et de l'oxyde de zinc, si vantés contre les vomissemens de la première période: ces moyens sont dangereux. Les mouchetures procurent toujours la diminution de la partie, en donnant issue à la sérosité infiltrée; mais elles ont l'inconvénient de trop irriter. On les remplacerait sans doute avec avantage par l'acupuncture. Pourrait-on recourir avec avantage à la quinine ou à son sulfate dans les intervalles des accès, si le retour de ceux-ci était à peu près périodique? Cela paraît probable.

Quelque incommode que devienne un membre affecté d'angio-leucite, et malgré le vif désir du malade d'en être débarrassé, on ne doit jamais consentir à en pratiquer l'amputation. Une triste expérience a appris que ceux qui survivent à l'opération succombent à la reproduction de la maladie dans une autre partie du corps qui jusqu'alors n'en avait offert aucune trace, ou sont emportés par des phlegmasies des organes intérieurs. Il serait possible, il est vrai, que la chirurgie, devenue de nos jours plus physiologique, pratiquât cette amputation avec plus de succès qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

### De la syphilis.

La nature de la syphilis est aujourd'hui un

(1) Alard, *ouvrage cité*, page 242.

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 volumes, tome VII, article *Éléphantiasis*; et *Traité des maladies de la peau*, etc., Paris, 1826.

(2) Alard, *ouvrage cité*, pages 155 et 256.

grand sujet de controverse parmi les médecins. Cette maladie a-t-elle son siége dans le système lymphatique? consiste-t-elle dans une irritation de ce système? est-ce une inflammation ou une sub-inflammation? est-elle ou n'est-elle pas produite par un *virus?* Telles sont les questions qui s'agitent de toutes parts. Que cette maladie ait son siége dans le système lymphatique, cela ne paraît pas douteux; que ce soit une irritation, on le conteste à peine Mais tandis que plusieurs médecins prétendent que c'est une irritation *spécifique*, produite et entretenue par la présence d'un virus, d'autres n'y voient qu'une inflammation ou une sub-inflammation ordinaire, et nient l'existence du virus. L'une et l'autre de ces opinions trouve d'habiles défenseurs également appuyés sur des faits, et l'esprit flotte incertain, sans savoir laquelle adopter (1); cependant toutes deux nous semblent trop exclusives, et voici celle que nous nous sommes formée de la méditation des faits et des discussions auxquelles ils ont donné lieu. Nous regardons la syphilis comme une inflammation ordinairement chronique du système lymphatique, principalement de celui des parties génitales, pouvant se développer sous l'influence de toutes les causes ordinaires de l'irritation de ces parties; mais le plus ordinairement produite par le contact d'un virus ou pus irritant, sécrété dans les points enflammés ou ulcérés.

*Causes.* La syphilis peut être la suite des excès vénériens, surtout si les parties génitales sont dans un état habituel de malpropreté; mais elle naît, dans le plus grand nombre des cas, par le contact d'organes sexuels déjà affectés sur des organes sains, dans l'acte de la copulation. Les baisers sur la bouche, lorsque cette partie est le siége d'ulcérations syphilitiques, transmettent fréquemment aussi cette maladie: un enfant affecté la communique à sa nourrice, de même que celle-ci peut la donner à son nourrisson; le pus qui s'échappe d'un bubon, transporté sur la conjonctive, y produit une inflammation des plus violentes; un accoucheur peut la contracter en touchant une femme enceinte atteinte de syphilis, si son doigt est dépouillé de l'épiderme dans un point. On cite des exemples de transmission par un verre, une cuiller, une pipe, portés immédiatement et sans être essuyés, d'une bouche garnie d'ulcérations à une bouche saine; en un mot, sur toute l'étendue de la peau lorsqu'elle est excoriée, et sur tous les points des membranes muqueuses, le contact du virus fait naître l'irritation syphilitique. Enfin, l'enfant peut apporter cette maladie en naissant, si son père ou sa mère en sont infectés.

*Symptômes.* On a décrit tant de lésions diverses sous le nom de *syphilis,* qu'il est difficile d'en tracer les symptômes. Les principaux sont les ulcérations du gland, du prépuce, de la peau de la verge, des petites et des grandes lèvres, du clitoris, de l'entrée du vagin, de la fourchette et des seins: ils surviennent quelquefois aussi au nombril, à l'anus, à la bouche, au pharynx, au nez, aux yeux, aux oreilles, entre les doigts et les orteils. Ces ulcères sont souvent arrondis, quelquefois irréguliers; le fond en est grisâtre, les bords vifs et coupés à pic; ils causent en général beaucoup de douleur: on les désigne génériquement sous le nom de *chancres;* à l'anus et entre les orteils, ils prennent celui de *rhagades.* Les *bubons* sont, après les chancres, les symptômes les plus fréquens de la syphilis. On nomme ainsi l'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, engorgement quelquefois indolent, dur, et se dissipant par résolution; d'autres fois s'enflammant fortement, et se terminant par un abcès. Nous parlerons de l'inflammation du canal de l'urèthre, à l'article *Uréthrite.*

Ce n'est presque jamais immédiatement après un contact impur que les chancres se manifestent: vingt-quatre, quarante-huit heures, et plus ordinairement trois, quatre, cinq ou six jours, quelquefois davantage, se passent avant qu'aucun signe n'apparaisse. D'abord, il se manifeste une ou plusieurs petites vésicules remplies d'une sérosité limpide; ces vésicules se crèvent promptement, ou plus communément, sont déchirées par le malade que la vive démangeaison oblige à frotter le gland. Tout aussitôt le petit ulcère se forme, il ressemble souvent, au début, à une légère excoriation; bientôt il creuse et s'agrandit, en s'accompagnant fréquemment de cuisson et de douleur assez vive. C'est le plus ordinairement alors que les bubons se manifestent, ils paraissent être un effet sympathique de l'irritation des parties génitales; cependant nous les avons vus précéder l'apparition des chancres; et tout le monde sait que des uréthrites très-douloureuses n'en sont souvent pas accompagnées: d'où l'on pourrait conclure, avec autant de fondement peut-être, qu'ils sont produits par le virus absorbé et transporté sur les ganglions lymphatiques. Les chancres donnent une suppuration plus ou moins abondante; le prépuce et la verge se gonflent, et il en résulte un *phymosis* si le gland ne peut plus être découvert, ou un *paraphymosis*, lorsqu'après avoir fait franchir inconsidérément le prépuce au delà du gland, on ne peut plus le ramener sur cette partie, derrière laquelle il forme un étranglement plus ou moins considérable. (Voyez ces mots.) Les bubons sont en général assez longs à se ramollir et à s'abcéder, excepté lorsqu'ils sont fortement emflammés, et que le tissu cellulaire ambiant participe à l'inflammation. Cette lenteur est commune aux phlegmasies de tous les ganglions lymphatiques.

Dans le plus grand nombre des cas, les symptômes de la syphilis se bornent aux chancres et aux bubons; mais ils sont assez souvent compliqués de l'inflammation de la membrane muqueuse uréthrale. Ordinairement par les progrès de la maladie, et quelquefois dès le début, il se forme à la peau des pustules dont la forme varie, et auxquelles on a imposé une foule de noms, suivant leurs différens aspects: c'est ainsi qu'on les a nommées

(1) Consultez les articles si riches d'érudition, et si fort de raisonnement, insérés dans les Ier, IIe et IIIe volumes du *Journal universel des Sciences médicales*, par M. Jourdan; et son *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1826, 2 vol. in-8. *Voyez* aussi trois mémoires importans de M. Richond, consignés dans les *Archives générales de médecine*, tome V, page 161; et tome VI, pages 40 et 371.

*formiées*, *ortiées*, *miliaires*, *galeuses*, *séreuses*, *tuberculeuses*, *squammeuses*, *croûteuses*, *serpigineuses* et *ulcérées*. Il se forme aussi parfois dans quelques points de la peau ou des membranes muqueuses, mais principalement aux parties génitales et à l'anus, des excroissances ou des végétations, auxquelles on donne le nom de *condylômes*, lorsqu'elles présentent une tête arrondie, supportée sur un pédicule; de *fics* ou *ficus*, lorsqu'elles sont peu saillantes et aplaties; de *crêtes de coq*, lorsqu'elles ont de la ressemblance avec cet organe; de *verrues*, quand elles s'élèvent en tubercules durs qui se fendillent et sont souvent douloureux au contact; de *poireaux*, *choux-fleurs*, *mûres*, *framboises*, *fraises*, *groseilles*, en raison de l'analogie que l'on a cru remarquer entre ces productions morbides et les corps dont elles portent les noms. (Voyez *Productions morbides*.)

Il existe encore plusieurs altérations que l'on attribue à la syphilis: la *carie*, la *nécrose*, l'*exostose*, sont de ce nombre. (Voyez ces maladies.) Cette diversité de lésions, qui toutes peuvent survenir après un coït impur, par conséquent après une cause unique, est un des plus forts argumens en faveur de l'existence du virus syphilitique. Cependant plusieurs de ces altérations naissent aussi sous l'influence de toute autre cause irritante, et dans un cas comme dans l'autre, elles offrent toujours le même aspect. Mais on ne les voit pas exister simultanément, ou se succéder chez le même individu, être, en quelque sorte, dans une dépendance mutuelle, comme cela a lieu dans le plus grand nombre de cas lorsqu'elles se manifestent après un coït impur.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la syphilis, c'est-à-dire la marche de l'ensemble des altérations qui se développent sous l'influence du virus syphilitique, est presque toujours lente et chronique; mais quelques uns de ses effets, tels que l'inflammation de la membrane muqueuse uréthrale et celle des ganglions lymphatiques de l'aine, ont souvent une marche aiguë et rapide. Elle exige presque toujours d'un à deux mois de traitement, quelquefois moins et souvent beaucoup plus. Quoiqu'elle entraîne rarement la mort, on doit la regarder comme une maladie grave, en raison des difficultés qu'offre souvent sa guérison, et des atteintes qu'elle porte fréquemment à la constitution des individus. Au reste, ces deux causes de gravité tiennent peut-être plus à la nature des moyens que l'on emploie pour la guérir, qu'à la maladie elle-même.

*Traitement.* Le mercure est regardé par beaucoup de médecins comme le spécifique de la syphilis; cependant, non-seulement ce médicament échoue dans un grand nombre de cas, mais encore il ne possède pas seul la propriété de guérir cette maladie. Bien plus, il paraît démontré aujourd'hui que la plupart des accidens regardés comme consécutifs de la syphilis, tels que les ulcérations du pharynx et de la peau, sont au contraire très-souvent des effets de ce médicament. On l'emploie de plusieurs manières, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur: en frictions sur la peau, mélangé avec un corps gras ou savonneux; en vapeurs, mélangé avec une substance combustible; à l'état de proto-chlorure, dans des pilules; à celui de deuto-chlorure, en dissolution dans du lait, une eau gommeuse, un sirop sudorifique ou en pilules, etc.; enfin à l'état de nitrate, dans un sirop (Sirop de Belet). La dose des frictions d'onguent mercuriel est de un à trois gros, et la quantité qu'on emploie pour un traitement, de quatre ou cinq onces; on va quelquefois jusqu'à huit. On les pratique tous les deux jours, en les alternant avec un bain, sur la partie interne des mollets, des cuisses, des avant-bras et des bras, en changeant chaque fois de siége. Si le malade ne peut se frictionner lui-même, on le fait frictionner par un aide, dont la main doit être recouverte d'une vessie de cochon, afin d'éviter qu'il n'absorbe le médicament. Le traitement par les vapeurs est aujourd'hui peu employé; on se servait à cet effet du cinabre ou sulfure de mercure, que l'on faisait brûler avec des bois aromatiques, et dont on dirigeait la vapeur vers les parties génitales et toute la partie inférieure du tronc, et quelquefois sur toute la peau lorsqu'elle était recouverte de pustules. C'est le deuto-chlorure (sublimé corrosif) auquel on a recours le plus ordinairement; on le donne à la dose d'un quart à un demi-grain, dissous dans une ou deux cuillerées d'eau distillée, le matin d'abord, puis matin et soir, dans une tasse de lait, ou d'eau gommeuse, ou de décoction d'orge, de guimauve, de lin, etc.; seize à dix huit grains suffisent ordinairement pour un traitement complet; on est quelquefois obligé d'aller jusqu'à trente-six.

Quelle que soit celle des préparations mercurielles que l'on administre, on ne doit jamais en commencer l'emploi avant d'avoir beaucoup diminué les symptômes inflammatoires, par les boissons délayantes, les bains et un régime adoucissant. Plusieurs médecins sont dans l'habitude de débuter par un purgatif, d'en donner un second au milieu du traitement, et de le terminer par un troisième. Mais pendant tout le temps de la durée de l'affection, le malade doit être tenu à un régime doux, privé de vin et de tous les excitans, préservé avec soin du froid et de l'humidité, et mis à l'usage d'une tisane de salsepareille ou de gayac, et à leur défaut de squine ou de sassafras. On doit suspendre immédiatement l'usage du deuto-chlorure, s'il excite trop fortement l'estomac, et celui de toutes les préparations mercurielles en général aussitôt qu'il survient de la salivation.

M. le docteur Chrestien a proposé de remplacer le mercure par l'hydro-chlorate d'or et de soude; nous l'avons employé avec succès. On l'administre en frictions sur la langue; on commence par un seizième ou un quatorzième de grain, mêlé avec de l'amidon ou de l'iris en poudre; on consomme le grain, ainsi fractionné, en faisant une friction tous les soirs; puis on emploie un second grain de la même manière, partagé seulement en treize doses, un troisième en douze, et ainsi de suite, jusqu'à six ou huit grains. Ce médicament est surtout efficace contre les anciennes syphilis qui ont résisté au mercure. Les autres moyens sont les mêmes que lorsque l'on traite par les préparations mercurielles. Le fer, la platine ont été aussi employés avec succès. Enfin, dans ces derniers temps, on a surtout beaucoup vanté l'iode. M. Ri-

chond a consigné dans les *Archives générales de médecine* (1) de nombreux exemples de guérison obtenue par ce médicament, à l'intérieur, en teinture, et à l'extérieur, en frictions.

S'il était bien prouvé que l'irritation syphilitique n'a rien de particulier, c'est-à-dire que la présence du virus n'ajoute rien à sa nature, il est évident qu'il faudrait la traiter par les moyens qui conviennent à toutes les irritations. C'est ce qu'ont fait plusieurs médecins, et beaucoup de vénériens ont été guéris, les uns par les seuls sudorifiques, et les autres par la faim et des boissons délayantes. Cependant ces expériences n'avaient encore entraîné qu'un très-petit nombre de praticiens; M. Richond les a reprises et faites avec plus de précision. Convaincu que les symptômes de la syphilis ne sont que des irritations simples, ordinaires, du système lymphatique, il a traité un très-grand nombre de vénériens par les seuls anti-phlogistiques, tels que les saignées locales, les vapeurs émollientes, les bains, les boissons délayantes et un régime sévère, et tous ont été guéris en très-peu de temps (2). On se sent fortement ébranlé lorsqu'on a lu le travail de ce médecin; et, si les espérances qu'il fait concevoir sont confirmées par de nouveaux faits, il aura rendu un grand service à l'humanité.

M. Ratier vient d'émettre tout récemment une opinion qui, si elle est fondée, permet d'espérer que l'on pourra prévenir le développement de la syphilis. Suivant lui, la syphilis, comme la vaccine, la variole, etc., a une période d'incubation; cette période terminée, il se développe un travail local dans le point contagié; et si dès le début de ce travail, on neutralise le virus par un caustique, on prévient sans retour le développement de la maladie. Il conseille donc d'ouvrir avec la pointe d'une lancette bien acérée, ou de tout autre instrument, les petites vésicules qui précèdent la formation des chancres, et de les bien cautériser avec un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe. Mais il faut que cette cautérisation soit faite de bonne heure, avant ou immédiatement après la rupture des vésicules, pour que le virus n'ait pas encore eu le temps d'être absorbé et d'infecter toute l'économie. Ce qui se passe dans la vaccine, la variole, la pustule maligne, dont on arrête les pustules par la cautérisation, milite fortement en faveur de cette opinion. Rien n'est plus séduisant en théorie, et nous espérons que l'expérience viendra réaliser toutes les espérances que fait naître l'idée très-heureuse de M. Ratier. Nous le désirons vivement, dans l'intérêt de l'humanité; et nous engageons les praticiens qui sont placés dans des circonstances favorables, à multiplier les expériences propres à éclairer cette ingénieuse théorie.

## INFLAMMATION DU SYSTÈME DERMOÏDE.

### Considérations générales.

La peau est l'enveloppe générale du corps. Partout continue avec le système muqueux, avec lequel elle se confond à toutes les ouvertures naturelles, il est difficile de dire d'une manière rigoureuse où elle commence et où elle finit. Du tissu cellulaire, des vaisseaux sanguins nombreux, des nerfs, des exhalans, des absorbans lymphatiques et veineux, des follicules sébacés sécrétant une humeur huileuse, des bulbes d'où naissent les poils, et une matière inorganique qui recouvre toutes ces parties, tels sont les nombreux élémens qui entrent dans sa structure. Toutes ces parties sont disposées par couches, ainsi qu'il suit: l'*épiderme*, formant la couche la plus superficielle; le *derme*, espèce de tissu cellulaire condensé, servant à loger dans ses aréoles toutes les autres parties qui composent l'organe; les *papilles*, dont la texture paraît être vasculaire et nerveuse; l'*épiderme des papilles*, dont on ne connaît pas bien la nature; la *couche colorée*, formée, suppose-t-on, par un réseau capillaire contenant la matière à laquelle la peau doit sa couleur, et qui est sécrétée par les papilles; enfin la *couche cornée*, qui est mal connue. Les actes vitaux n'y sont pas moins nombreux que les parties constituantes; ainsi on y observe des phénomènes de nutrition, de circulation, d'absorption, d'exhalation, de sécrétion, etc.

Or il suffit de remarquer combien l'organisation de ce système est compliquée, combien de parties diverses le composent, et combien d'actions vitales s'y trouvent réunies, et de faire attention à la multitude et à la variété des causes qui agissent continuellement sur lui, pour ne plus être étonné de la variété des affections dont il est le siége. Pour peu qu'on réfléchisse en même temps à l'obscurité qui règne encore sur la texture et les propriétés des différentes couches qui le constituent, on concevra pourquoi tant de données nous restent encore à acquérir sur une partie des maladies qui l'affectent. Cependant ces différences ne sont pas si absolues qu'on ne puisse trouver entre les affections cutanées plusieurs points de contact; et tout fait espérer que l'incertitude qui règne sur certains points de l'histoire de quelques-unes d'entre elles ne tardera pas à être dissipée.

Siége du tact et du toucher, le tissu cutané transmet au cerveau toutes les impressions qu'il reçoit, même les plus fugaces, avec plus de fidélité peut-être qu'aucun autre: c'est dire, en d'autres termes, qu'il est doué d'une irritabilité plus vive et plus exquise. Il serait naturel d'en conclure qu'il est le siége d'un plus grand nombre d'irritations, et cependant l'expérience apprend combien cette conséquence serait éloignée de la vérité. Les membranes muqueuses l'emportent certainement sur lui sous ce rapport. Une des raisons en est sans doute dans ce fait, que la plupart des impressions vives exercées sur la peau vont retentir sur d'autres systèmes, tels que les membranes muqueuses, séreuses, les ganglions lymphatiques, le cerveau, etc., avec bien plus d'énergie qu'elles n'agissent sur cette membrane elle-même. La présence de l'épiderme contribue beaucoup à ce résultat, en modérant l'impression des agens extérieurs.

On a pris le type de l'inflammation dans celle de la peau et du tissu cellulaire (*érysipèle phleg-*

(1) *Archives générales de médecine*, tome VI, pages 40 et suivantes.
(2) *Idem*, ibid.

*meneux*), parce que les caractères qu'on a coutume de lui assigner y sont évidens et en général assez prononcés. La *rougeur* y est vive, elle occupe une étendue variable, et est disposée par plaques uniques ou multipliées, de diverses grandeurs, arrondies ou irrégulières, ou par boutons, ou par points; la *tuméfaction* est considérable, pour peu que la phlegmasie soit intense; la *chaleur*, souvent appréciable au toucher, est ordinairement très-vivement perçue par le malade; enfin la *douleur* y présente ce caractère particulier, qu'elle donne presque toujours la sensation de la cuisson, de la brûlure. La démangeaison paraît en être le premier degré, et, ainsi que la cuisson, elle ne se fait jamais sentir qu'à la peau et aux origines des membranes muqueuses, dont la texture, comme on le sait, est peu différente.

D'autres phénomèmes locaux accompagnent ordinairement les inflammations de la peau. Ainsi elles déterminent très-souvent une sécrétion plus ou moins abondante de sérosité, laquelle, dans l'érysipèle et le vésicatoire, soulève l'épiderme et se rassemble en ampoules ou phlyctènes; dans le zona, la suette, la gale, etc., se réunit en petites vésicules; dans la vaccine, la variole, la varicelle, s'élève en pustules et s'y convertit en pus véritable; et enfin dans les dartres et la teigne, suinte à la surface cutanée, et s'y concrète en écailles ou en croûtes. Tantôt limpide, inodore, incolore, ou tout au plus légèrement citrine, on la voit aussi, épaisse, jaunâtre, odorante, et quelquefois fétide. Presque toujours elle se concrète avec assez de facilité: l'albumine en fait toujours la base.

Les phlegmasies cutanées se terminent souvent par *résolution*, et fréquemment alors la desquammation de l'épiderme en est un des effets. L'ulcération et la gangrène en sont beaucoup plus souvent les suites que dans les autres tissus. Un autre caractère commun à la plupart d'entre elles consiste dans la propriété qu'elles ont de se transmettre par le contact. Plusieurs aussi, précisément parmi celles qui sont contagieuses, ont une marche fixe, déterminée, et une durée toujours la même.

Parmi les sympathies des phlegmasies cutanées, la plus remarquable et la plus constante est celle qu'elles exercent sur la membrane muqueuse des voies digestives. Toute stimulation un peu vive de la peau réagit à l'instant même sur cette membrane, et en produit la phlogose. Mais comme cette action est réciproque, et plus puissante même de la surface muqueuse sur la surface cutanée, on voit plus fréquemment encore l'inflammation de celle-ci dépendre de l'inflammation de celle-là. Souvent, au reste, dans l'état aigu comme dans l'état chronique, il est impossible de décider laquelle est primitive ou secondaire: mais, dans tous les cas, c'est toujours un moyen sûr de diminuer l'une que de calmer l'autre. C'est ici le lieu de faire remarquer que le rapport qui lie l'action de la peau à la membrane muqueuse gastro-inestinale est inverse de celui qui existe entre cette même surfaec cutanée et la membrane muqueuse pulmonaire. Ainsi, c'est sous l'influenee de l'*augmentation d'action* de la peau que la membrane muqueuse gastro-intestinale se phlogose fréquemment, tandis qu'au contraire c'est par l'effet de sa *diminution d'action* que la membrane muqueuse pulmonaire s'irrite et s'enflamme presque toujours. Aussi verrons-nous l'action forte de la chaleur être une des causes fréquentes de phlegmasies gastro-intestinales, et le refroidissement de la peaa produire, au contraire, très-souvent l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes.

En examinant la peau qui a été le siége d'une inflammation, on trouve le réseau capillaire injecté, rouge, et quelquefois brunâtre; le derme gorgé de sang, épaissi, facile à déchirer, infiltré de pus si la phlegmasie a été chronique, et d'un fluide gélatiniforme, sanguinolent, après les phlegmasies pustuleuses (1).

Toutes les irritations cutanées, mais principalement les inflammations, peuvent donner lieu à l'engorgement des ganglions sous-jacens, ou qui sont placés à peu de distance; mais il faut convenir que cet engorgement est plus souvent produit par le refroidissement de la peau que par son irritation. Nous ferons remarquer à cette occasion que le froid, ce débilitant, ce sédatif par excellence, fait cependant toujours naître des irritations, lorsqu'il ne tue pas immédiatement les parties qu'il frappe. Son action première s'exerce toujours sur la peau, mais ses effets consécutifs se manifestent rarement sur cette membrane. S'il agit avec peu d'intensité, mais d'une manière continue, sur une peau fine que l'humidité atmosphérique relâche, et qui n'est qu'à peine et même nullement stimulée par l'action solaire, il en ralentit toutes les fonctions, surtout celle de la transpiration: mais c'est presque toujours au profit, s'il est permis de s'exprimer ainsi, des ganglions lymphatiques sous-jacens, qui s'engorgent, s'échauffent et deviennent douloureux. C'est de la sorte que naissent les engorgemens des ganglions lymphatiques, ainsi que nous l'avons déjà dit. S'il agit avec force, au contraire, d'une manière instantanée, et que la peau soit alors échauffée et couverte de sueur, l'action vitale suspendue tout-à-coup dans cette membrane, augmente aussitôt et proportionnellement dans des parties qui deviennent aussi le siége d'une inflammation. Les phlegmasies des articulations, des poumons, des plèvres et du péritoine naissent presque toujours ainsi. Tout cela s'opère en vertu de cette loi que nous avons établie dans nos considérations générales, par laquelle l'action vitale augmente dans une partie du corps, en proportion de ce qu'elle a diminué dans une autre avec laquelle elle est liée par des rapports sympathiques.

Les inflammations cutanées ne sont presque jamais graves par elles-mêmes; celles qui sont aiguës, et plusieurs parmi les chroniques, cèdent aisément au traitement anti-phlogistique; et si quelques-unes résistent à cette foule de moyens empiriques qu'on dirige ordinairement contre elles, il est rare du moins qu'elles compromettent la vie des individus. Toutes ne deviennent graves, en général, que parce que l'irritation se communique

(1) Gendrin, *ouvrage cité*, tome II, pages 414 et suivantes.

ux organes importans de l'économie, et principalement à ceux de la digestion.

Les phlegmasies de la peau sont nombreuses et très-variées dans leurs formes. Pour mettre un peu d'ordre dans leur étude, nous les partagerons en *superficielles*, *profondes* et *circonscrites* ou *perpendiculaires*, *érythémateuses*, *pustuleuses* et *dartreuses*. La première section comprendra l'*érythème* et l'*érysipèle;* la seconde, le *furoncle* ou *clou*, et l'*anthrax;* la troisième, l'*urticaire*, la *roséole*, la *rougeole*, et la *scarlatine;* la quatrième, le *pemphigus*, le *zona*, la *suette*, la *miliaire*, la *variole*, la *vaccine*, la *varioloïde*, la *varicelle* et la *gale;* et la cinquième, les *dartres* et la *teigne* (1)

INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES DE LA PEAU.

De l'érythème, de l'érysipèle et de l'érysipèle phlegmoneux (cutite).

L'érythème, l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux ne sont, à proprement parler, que trois degrés différens de la même phlegmasie; voilà pourquoi nous les réunissons dans une même description. Toute inflammation aiguë, mais légère, superficielle et passagère de la peau, a reçu le nom d'*érythème;* plus intense, plus vive et plus durable, on la nomme *érysipèle;* moins superficielle, occupant toute l'épaisseur du derme, et s'étendant même jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, elle a été appelée *érysipèle phlegmoneux*. Nous conserverons ces dénominations; mais elles n'exprimeront pour nous que *premier*, *second* et *troisième degré* de l'inflammation aiguë de la peau ou de la *cutite*. (*Erysipelas*, *rosa*, *febris erysipelatosa*, *rubor*, *rubedo*, *rougeurs*, *efflorescences cutanées*, etc., des auteurs.)

*Causes.* Celles de l'érythème sont, comme lui, très-légères. Ainsi, on le voit naître sous l'influence du simple frottement prolongé de deux points de la surface cutanée chez les personnes grasses, ou de celui qui est produit par un vêtement rude ou un corps dur. Il se développe aux grandes lèvres, aux fesses, à la partie supérieure des cuisses, par le contact de flueurs blanches, d'écoulemens vénériens trop âcres, et par celui des urines et des matières fécales. L'application sur la peau de substances âcres, comme le suc de certaines plantes, la moutarde, l'acide acétique, etc.; la piqûre de quelques insectes ou celle d'un corps aigu quelconque; la distension du derme par un amas considérable de sérosité dans le tissu cellulaire sous-jacent, comme dans l'œdème ou l'anasarque; l'action de la chaleur, celle du froid, le produisent fréquemment. Le décubitus prolongé sur une même partie suffit pour le faire naître quelquefois. Enfin il dépend, dans quelques cas, d'une irritation gastro-intestinale, ordinairement produite par l'ingestion de quelques substances, comme les moules, les œufs de barbeau, ceux de brochet; les viandes, et principalement les poissons gâtés.

La plupart de ces causes peuvent, comme on le pense bien, produire l'érysipèle, si elles agissent avec intensité. Mais celles qui le produisent le plus ordinairement sont: l'insolation, la piqûre avec des instrumens imprégnés de matières animales en putréfaction, l'inoculation de la variole ou de la vaccine; les pansemens d'une plaie avec des corps gras, rances; une légère brûlure, etc.; en un mot, tout ce qui peut irriter la peau un peu fortement. Toutefois les érysipèles produits par ces sortes de causes sont peut-être moins fréquens encore que ceux qui dépendent de la phlegmasie des voies digestives; plusieurs en effet sont sympathiques de cette inflammation. On a remarqué que les gastro-entérites qui s'accompagnent ainsi d'érysipèle se développaient ordinairement sous l'influence d'une nourriture composée d'alimens gras et huileux, ou de l'usage des alliacés, des crucifères, ou des alimens très-épicés, ou de l'abus des liqueurs fermentées, ou enfin de l'ingestion de quelques coquillages bivalves, des crustacées, du frai de quelques poissons, et des viandes putréfiées, comme nous l'avons vu pour l'érythème.

L'érysipèle phlegmoneux reconnaît toutes les causes précédentes; il se développe assez souvent, chez les individus prédisposés, à l'occasion d'une plaie contuse, surtout lorsqu'elle a son siége dans une partie où le tissu cellulaire sous-cutané est bridé par des aponévroses, comme au crâne et aux membres. Enfin, il existe un érysipèle phlegmoneux, chronique, très-circonscrit, occupant les doigts ou les orteils, qui est toujours produit par le froid: il est connu vulgairement sous le nom d'*engelures*. Les femmes, dont la peau est plus fine et plus impressionnable que celle des hommes, sont aussi plus fréquemment affectées de cutite.

*Symptômes.* De la rougeur, de la chaleur, de la démangeaison, et quelquefois même de la cuisson, tels sont les caractères du premier degré de l'inflammation cutanée. Lorsque l'érythème dépend d'une irritation gastrique, la rougeur est ordinairement disposée par plaques d'un rouge plus ou moins vif, plus ou moins élevées au-dessus du niveau de la peau, plus ou moins larges, rondes, ovales ou irrégulières, disparaissant aussitôt qu'elles sont formées ou après plusieurs jours de durée, avec ou sans desquamation, suivant le degré d'intensité et la durée de la phlegmasie gastro-intestinale. Il a ordinairement son siége à la face, sur le cou, les bras et la poitrine. On a vu l'érythème symptomatique occuper toute l'étendue de la peau. Le docteur Rayer, qui l'a observé plusieurs fois, dit qu'alors la rougeur de la peau est toujours superficielle, inégalement répartie, et quelquefois peu différente de la couleur naturelle de cette membrane. C'est le plus faible degré de l'*érysipèle général* dont M. Renauldin rapporte un exemple. M. Coutanceau en a également consigné une observation dans la première année des Mémoires de la Société médicale d'émulation.

La rougeur, la chaleur et la cuisson sont encore des symptômes de la cutite du second degré ou de l'*érysipèle*; mais ils sont plus prononcés que dans l'érythème, et sont en outre accompagnés

(1) Consultez le *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, par P. Rayer, Paris 1826, 2 vol. in-8°, avec planches coloriées; ouvrage dont nous ne saurions trop recommander la lecture aux personnes qui désirent se tenir au courant de la science.

d'autres phénomènes. La rougeur est plus ou moins foncée, depuis le rose vif jusqu'au rouge livide; elle est partielle, irrégulière, non circonscrite, luisante, et disparaît à la pression du doigt pour reparaître promptement aussitôt qu'on le retire. Un sentiment de prurit, de picotement, de sécheresse et de tension douloureuse existe dans la partie; la chaleur, d'abord douce, y devient brûlante, et fait éprouver la sensation que produirait le contact de la vapeur de l'eau bouillante. Ces symptômes augmentent ordinairement pendant trois ou quatre jours, et assez souvent alors il se forme sur la surface enflammée de petites vésicules remplies d'une sérosité roussâtre, qu'accompagne un prurit insupportable. Quelquefois ces pustules se succèdent pendant un temps plus ou moins long; enfin, elles ont des formes et des grosseurs diverses, ce qui a fait créer les dénominations d'*érysipèle bulleux; vésiculeux*, *miliaire et phlycténoïde*.

Quand l'inflammation occupe toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, elle prend, avons-nous dit, le nom d'*érysipèle phlegmoneux*. Tous les symptômes du degré précédent existent encore, mais la douleur offre un caractère particulier; elle est pongitive au début, et devient pulsative si la suppuration s'établit dans la partie; il s'y joint en outre une tuméfaction plus ou moins considérable, que ne présente pas en général l'érysipèle proprement dit. Le tissu cellulaire sous-cutané, tuméfié par l'inflammation, soulève la peau, et donne lieu à une tumeur large, tendue et profonde. Cette tumeur s'affaisse vers le cinquième ou sixième jour, et la peau, moins rouge et moins tendue, se recouvre d'écailles furfuracées, si la phlegmasie se termine par résolution; elle s'élève au contraire en pointe et se ramollit vers le centre, si la suppuration s'établit dans la partie. Dans ce dernier cas, suivant l'étendue qu'occupe l'inflammation, il en résulte, ou bien un abcès qui, après s'être ouvert ou avoir été incisé, donne issue au pus et se cicatrise en peu de jours; ou bien le pus fuse sous la peau et dans l'intervalle des muscles qu'il dissèque, pour ainsi dire; et lorsque plus tard il se fait jour au dehors, il entraîne des lambeaux plus ou moins considérables de tissu cellulaire gangrené, reconnaissable à sa couleur blanchâtre et terne. Les foyers de suppuration sont presque toujours alors multiples, la peau est percée de plusieurs ouvertures et décollée, et le pus souvent ichoreux et fétide. L'abondance de la suppuration finit presque toujours alors par conduire le malade au marasme et à la mort. Enfin il est une terminaison de l'érysipèle phlegmoneux beaucoup plus grave encore que celles que nous venons de décrire : c'est la terminaison par gangrène (improprement nommée *érysipèle charbonneux*, *gangréneux*). C'est vers le cinquième ou sixième jour environ qu'elle a lieu. On voit alors la peau devenir bleuâtre, violacée et insensible, se ramollir, se couvrir de phlyctènes remplies de sérosité rougeâtre, puis tomber par escharres, et laisser une plaie plus ou moins considérable.

Les symptômes de l'inflammation aiguë de la peau présentent encore quelques particularités, dépendant soit du siége qu'elle occupe sur les divers points de cette membrane, soit des circonstances dans lesquelles elle se développe, soit enfin de la cause qui la produit. Ainsi, dans l'*érysipèle de la face*, le plus fréquent et le plus grave de tous, les paupières sont œdémateuses, les yeux fermés et larmoyans, le nez est enflé, les narines sont sèches, les lèvres boursouflées, les oreilles rouges et luisantes, etc.; l'inflammation se propage quelquefois dans le pharynx et la caisse du tympan. Dans *l'érysipèle du derme chevelu*, les tégumens du crâne sont œdémateux, présentent de bonne heure une inflammation molle et pâteuse, sont peu rouges, et conservent long-temps l'impression du doigt, qui est toujours profonde; les douleurs sont très-vives, et le moindre contact les renouvelle; enfin la suppuration, la gangrène du tissu cellulaire sous-jacent, et la fétidité des matières purulentes, en sont les effets ordinaires; quelquefois les os du crâne sont dénudés. L'*érysipèle des mamelles* est presque toujours phlegmoneux et accompagné d'un gonflement énorme; celui *de la région ombilicale*, chez les nouveau-nés, passe très-fréquemment à la gangrène; ceux *du scrotum, des grandes lèvres* et *des membres infiltrés des hydropiques*, sont toujours œdémateux, et se terminent souvent par la gangrène; enfin, celui *des mains*, *des pieds*, *des oreilles* et *du bout du nez*, qui résulte de l'action du froid (engelures), est d'un rouge violet, ordinairement indolent, et produit très-facilement l'ulcération de la peau.

Tels sont les phénomènes locaux de la cutite aiguë; mais elle est très souvent précédée ou accompagnée par les symptômes de l'inflammation des principaux viscères, et surtout de celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Assez fréquemment l'érysipèle dépend d'une gastro-entérite; son apparition est alors précédée pendant trois à quatre jours, par les symptômes de cette phlegmasie, tels que douleur à l'épigastre, dégoût, nausées, bouche amère, soif vive, langue blanche ou jaune au centre et rouge à ses bords et à sa pointe, lassitudes spontanées, frissons, malaise, dureté et fréquence du pouls, chaleur âcre et mordicante de la peau, etc. (*érysipèle bilieux* des auteurs). Souvent aussi ces symptômes surviennent pendant son cours; c'est lorsqu'il occupe une grande surface et qu'il est arrivé à un certain degré d'intensité : il agit alors sur les voies digestives et en détermine sympathiquement la phlogose (*complication de l'érysipèle avec les fièvres essentielles des auteurs*). Cette gastro-entérite sympathique accompagne presque toujours l'érysipèle phlegmoneux; et lorsque celui-ci est très-intense, on voit souvent le délire, l'insomnie et les soubresauts des tendons se joindre aux symptômes gastriques. Enfin, dans l'érysipèle du plus haut degré, qui passe rapidement à la gangrène, les phénomènes gastriques et cérébraux sont des plus graves : la langue, d'abord humide, puis sèche et aride, se couvre d'un enduit jaune-verdâtre, brunâtre, ou noir, les dents et les gencives deviennent fuligineuses, l'haleine est fétide, le malade vomit des matières vertes et brûlantes : il a de la diarrhée, ses déjections sont noires et fétides, son pouls est dur et fréquent. En même temps, i

répond lentement et tardivement aux questions qu'on lui adresse, il éprouve des vertiges, des rêvasseries, un délire taciturne, des soubresauts dans les tendons; il tombe dans le coma et meurt. L'érysipèle de la face et celui du derme chevelu sont presque toujours accompagnés d'un peu de délire, quelquefois il est furieux: enfin, il provoque aussi parfois, comme les précédens, l'inflammation de l'encéphale et des voies gastriques.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'érythème paraît souvent pendant les paroxysmes des gastro-entérites, et s'efface dans l'intervalle; il est quelquefois régulièrement intermittent: souvent il est continu; il s'offre même toujours sous ce type lorsqu'il est le résultat des causes extérieures; il dure depuis quelques heures jusqu'à huit ou dix jours, et se termine toujours par délitescence ou par la desquamation de l'épiderme. L'érysipèle simple affecte presque toujours le type continu; on l'observe cependant quelquefois sous le type intermittent. Souvent il semble ramper à la surface de la peau, ou bien il quitte une partie et reparaît sur une autre (*érysipèle ambulant*, *erratique*), ou enfin sa disparition est suivie de la phlegmasie d'un organe intérieur plus ou moins important (*érysipèle métastatique*); sa durée moyenne est de huit à neuf jours. Aucune inflammation de la peau n'a plus de tendance à disparaître d'une manière subite, mais c'est toujours, comme nous venons de le dire, pour se porter sur une autre partie. Son mode le plus ordinaire de terminaison est la résolution. Nous avons déjà fait connaître la marche et les terminaisons de l'érysipèle phlegmoneux: sa durée varie, suivant qu'il est plus ou moins intense; s'il se résout, elle est ordinairement de huit à neuf jours, comme pour l'érysipèle simple; et s'il suppure, elle peut n'être que de douze à quinze jours, ou se prolonger pendant plusieurs mois. L'érythème n'est jamais grave; l'érysipèle simple ne le devient que par les phlegmasies gastriques ou cérébrales qui l'accompagnent si fréquemment; enfin l'érysipèle phlegmoneux l'est doublement, et par les désordres locaux qu'il entraîne, et par les phlegmasies des organes intérieurs qu'il provoque.

*Caractères anatomiques.* Presque toujours la peau qui vient d'être le siége d'un érysipèle perd sa rougeur après la mort; mais si on l'incise, on la voit infiltrée de sérosité sanguinolente; elle est d'un rouge brunâtre, épaissie, et se déchire avec la plus grande facilité; on la trouve infiltrée de pus s'il y a eu un commencement de suppuration. Ce liquide remplit également les aréoles du tissu cellulaire, ou existe rassemblé en petits foyers, à la suite de l'érysipèle phlegmoneux de moyenne intensité; mais dans le plus haut degré de cette phlegmasie, le pus est peu consistant, grisâtre ou brun, plus ou moins fétide; il s'étend en longues fusées sous les aponévroses; le tissu cellulaire mortifié est détaché par lambeaux; les muscles sont disséqués, et la peau se trouve décollée et amincie dans une plus ou moins grande étendue. Lorsqu'il y a eu gangrène, la mortification s'étend souvent aux muscles, etc. Enfin, on trouve en outre les traces des inflammations gastriques ou cérébrales dont on avait observé les symptômes pendant la vie.

*Traitement.* Le premier degré de la cutite ou l'érythème, guérit souvent de lui-même en peu de jours. Il tend naturellement à se terminer par résolution, et ne réclame d'autres soins que l'emploi des moyens antiphlogistiques les plus simples, tels que les bains tièdes, les lotions émollientes avec l'eau de guimauve, de fleur de sureau, etc., les compresses trempées dans l'eau végéto-minérale; il suffit même quelquefois de saupoudrer la partie pendant un ou deux jours avec la poudre de lycopode. S'il est symptomatique d'une irritation des voies digestives, on a recours à la diète, aux boissons délayantes, etc.; on traite en un mot la gastro-entérite par les moyens qui lui conviennent (*voyez* cette maladie): car c'est elle qui est alors la maladie principale, et l'érythème doit à peine occuper l'attention. Il faut seulement veiller à ce qu'il ne disparaisse pas d'une manière subite, surtout s'il est un peu considérable.

L'érysipèle simple, qui n'est pas accompagné de gastro-entérite ou n'en a pas été précédé, peut sans inconvénient être abandonné à lui-même, s'il occupe un membre. Lorsqu'il a son siége à la face, on conseille généralement de l'attaquer vigoureusement dès le début par les saignées générales et locales, afin de faire avorter, et de prévenir, dit-on, les inflammations cérébrales qu'il produit souvent lorsqu'on l'abandonne à lui-même. Nous ne partageons pas cette opinion, du moins quant à l'emploi des saignées générales; nous avons vu trop fréquemment l'érysipèle de la face disparaître subitement après une saignée du bras, et les symptômes d'une inflammation des méninges se manifester immédiatement, pour ne pas regarder l'emploi de ce moyen comme dangereux, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre. Les saignées locales n'ont pas le même inconvénient, et il ne faut pas négliger d'y avoir recours lorsque l'érysipèle de la face est très-intense. Mais s'il est faible, le mieux est de n'y rien faire, et d'attendre la guérison de la marche naturelle de la maladie. Lorsque l'on croit devoir agir, il faut donc se borner à l'emploi des saignées locales au début; et, quand les symptômes inflammatoires ont été suffisamment diminués par elles, avoir recours aux pédiluves irritans, aux sinapismes, et aux légers laxatifs si les voies digestives sont exemptes d'irritation.

L'érysipèle du tronc ou des membres peut très-bien être abandonné à lui-même lorsqu'il est peu intense; cela vaut certainement mieux que de le faire avorter en l'entourant de sangsues. Mais lorsqu'il est intense, comme on ne peut pas en prévoir les suites, il est toujours plus prudent de le combattre. La saignée du bras, s'il est très-étendu, et, dans les cas ordinaires, les saignées locales seulement autour des parties enflammées, les lotions répétées avec des décoctions de plantes émollientes et mucilagineuses, l'usage des boissons acidulées et un régime tenu, suffisent ordinairement pour en procurer la guérison en peu de jours. L'application des corps gras est toujours nuisible. Les bains émolliens, lorsque la partie enflammée le permet, soulagent toujours beau-

coup; mais ils doivent être précédés de plusieurs émissions sanguines, si l'on veut que la disparition de la phlegmasie qu'ils déterminent souvent soit sans danger. Mais lorsque l'érysipèle dépend d'une gastro-entérite, ce qui est très-fréquent, aucun moyen ne doit être dirigé contre lui; il faut se borner à en écarter les irritans. Tous les efforts doivent tendre alors à la destruction de l'inflammation gastro-intestinale. Est-il besoin de dire que, s'il existe des symptômes d'irritation cérébrale, ce qui est assez fréquent dans les érysipèles de la face, c'est cette irritation qu'il faut combattre par les moyens appropriés? Si l'érysipèle est *ambulant*, s'il menace d'envahir successivement une grande partie de la peau, ou de durer long-temps, ou de s'étendre indéfiniment, il faut le fixer par l'application d'un vésicatoire à son centre. Mais ce moyen, qui détermine toujours de vives douleurs, qui entraîne ordinairement la formation d'un abcès, enfin qui produit quelquefois la gangrène de la peau sur laquelle il est appliqué, ne doit être employé qu'avec réserve, et dans les cas seulement où l'extension de la phlegmasie peut avoir de graves inconvéniens pour le malade. Lorsque l'érysipèle occupe le derme chevelu, on fait cesser l'étranglement, les douleurs intolérables, et même le délire qui en sont les effets, par une large et profonde incision. Enfin l'érysipèle intermittent cède à l'administration du sulfate de quinine.

Il faut toujours tout tenter pour obtenir l'avortement de l'érysipèle phlegmoneux; on doit le faire avec d'autant plus de confiance, que l'on n'a pas à craindre ici la délitescence. La saignée du bras, les applications réitérées de nombreuses sangsues près de la partie affectée, des bains, cataplasmes et fomentations émolliens et sédatifs, la diète et les boissons délayantes et acidulées, sont encore les seuls moyens de parvenir à ce but important. Que si, nonobstant leur emploi, l'empâtement de la partie fait reconnaître que la suppuration est formée, il faut, sans attendre que des points partiels de fluctuation viennent indiquer les lieux où le pus s'est rassemblé, et pendant que ce liquide est encore infiltré dans le tissu cellulaire, pratiquer des incisions profondes et nombreuses, qui facilitent le dégorgement, font cesser l'étranglement dans les parties où le tissu cellulaire est bridé par des aponévroses, et préviennent autant que possible la gangrène de ce tissu. Si, malgré tout, il se forme des collections purulentes, ou si quelques portions du tissu cellulaire ou de la peau se gangrènent, il faut ouvrir les abcès, extraire les lambeaux gangrenés à mesure qu'ils se détachent et viennent se présenter aux ouvertures, et faciliter le recollement de la peau amincie, par des pansemens compressifs, méthodiques, qui l'appliquent aux parties sous-jacentes, en laissant libres les ouvertures par lesquelles le pus doit toujours trouver une issue facile.

Lorsque, dans le commencement de l'érysipèle phlegmoneux, on s'aperçoit qu'il continue à s'étendre indéfiniment, on ne doit pas balancer à appliquer au centre de la surface enflammée, un vésicatoire, un moxa, un cautère nummulaire rougi au feu, ou tout autre moyen fortement irritant. M. Dupuytren a retiré de grands avantages de l'emploi de ces moyens (1). Enfin, M. Velpeau a prouvé dans ces derniers temps, par des expériences nombreuses, qu'on pouvait arrêter les progrès de l'érysipèle phlegmoneux et en borner les ravages, par une compression méthodique de tout le membre enflammé (2).

### INFLAMMATIONS PROFONDES ET CIRCONSCRITES, OU PERPENDICULAIRES DE LA PEAU.

#### Du furoncle ou clou.

Les aréoles pyramidales ou coniques que présente le derme, sont remplies par des prolongemens du tissu cellulaire sous-jacent, destiné à accompagner les vaisseaux et les nerfs, qui de la face profonde se rendent à la face superficielle, pour former par leur entrelacement le corps muqueux de la peau. Le furoncle est l'inflammation de l'un de ces prolongemens celluleux. Cette inflammation se termine toujours par la mortification du cône du tissu cellulaire et de l'aréole fibreuse qui le contient, et par leur expulsion simultanée sous forme d'une masse blanche et mollasse qu'on appelle *bourbillon*. La cause de cette terminaison constante par mortification dépend de la résistance qu'oppose au développement du paquet cellulaire enflammé le tissu fibreux qui l'environne; d'où résulte un véritable *étranglement*. La mortification des parois de l'aréole est l'effet de la distension violente qu'elles éprouvent.

*Causes*. Toutes les causes d'excitation de la peau, et particulièrement les frictions avec les corps gras, l'application continue des onguens, le séjour sur la peau des corps qui finissent par y acquérir de la rancidité; la présence d'un séton, d'un vésicatoire, d'une plaie ancienne, l'existence de la gale ou de dartres, la malpropreté, et enfin un état d'irritation des voies gastriques, peuvent produire le furoncle.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic*. Il est rare qu'il n'existe qu'un seul furoncle à la fois; ordinairement on en compte en même temps plusieurs sur le même individu, mais à divers degrés de développement. On remarque que, dans ce dernier cas, un des furoncles est beaucoup plus considérable que tous les autres. Ils occupent principalement le dos, la nuque, les fesses, le ventre, les aisselles, les aines, les cuisses et les paupières. On reconnaît le furoncle à une tumeur d'un rouge très-vif et souvent violet, dure, conique, saillante, à base profonde, variable en grosseur depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une grosse noix, et très-douloureuse. On a comparé la douleur qui l'accompagne à celle que produirait une vrille qu'on enfoncerait, en tournant, dans la partie. Du quatrième au huitième jour, cette tumeur s'élève en pointe, se ramollit et blanchit vers le sommet, puis se perce d'une ouverture très-petite, qui laisse échapper une petite quantité de pus sanguinolent, et à travers laquelle on

(1) Patissier, *Essai sur l'érysipèle phlegmoneux*, in-4°, Paris, 1815.

(2) *Archives générales de Médecine*, t. 16. Juin 1826.

perçoit le *bourbillon*. Celui-ci se détache du sixième au douzième jour; et sa chute, spontanée ou provoquée par la pression, laisse apercevoir une cavité cylindrique et béante qui traverse la tumeur du sommet à la base. Les douleurs cessent alors, la cavité s'efface, et la maladie, terminée du douzième au quinzième jour, et quelquefois plus tôt, ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice enfoncée, indice de la perte de substance éprouvée par la peau. Cette maladie n'est jamais bien grave.

*Traitement*. Si l'on s'y prend dès le début, on peut faire avorter le furoncle en le cautérisant profondément avec la pierre infernale, Les bains tièdes et les cataplasmes émolliens, maturatifs, et narcotiques si les douleurs sont très-vives, sont à peu près les seuls moyens qu'on dirige contre cette affection lorsqu'elle est locale. Il est rare que la tumeur soit assez volumineuse et assez enflammée pour exiger l'emploi des saignées locales; cela arrive cependant quelquefois; mais il vaudrait peut-être mieux alors, si le malade y consentait, inciser profondément le furoncle du sommet à la base pour faire cesser l'étranglement, cause de tout le désordre. Les boissons délayantes et le régime conviennent dans les cas très-nombreux où les furoncles dépendent de l'irritation des voies digestives. Quand plusieurs furoncles se succèdent depuis long-temps chez un individu, et que les organes digestifs ne sont que médiocrement irrités, on ne parvient ordinairement à les faire cesser que par l'emploi d'un vomitif et surtout des purgatifs légers et continués pendant quelques jours, et dont l'action révulsive détruit cette espèce de tendance de la peau à reproduire indéfiniment ces petites phlegmasies.

### De l'orgelet ou orgeolet.

On nomme ainsi le furoncle des bords libres des paupières, principalement de la supérieure. Comme tous les furoncles, l'orgelet est ordinairement symptomatique d'une irritation des voies gastriques. M. Demours l'a vu précéder chaque invasion périodique d'une affection pédiculaire dont une jeune personne était atteinte. Il peut être aigu ou chronique. Dans le premier cas, il se présente sous la forme d'une tumeur du volume *d'un grain d'orge*, d'un rouge livide, accompagné de douleurs vives et d'une tuméfaction considérable de la paupière, tumeur qui, au bout d'un temps plus ou moins long, s'abcède, s'ouvre, et laisse échapper un bourbillon fort petit dont la chute est suivie de la cessation de tous les symptômes. Il n'est pas rare de voir la tumeur s'enflammer et disparaître plusieurs fois avant que ce bourbillon se forme et se détache définitivement. Dans le second cas, la maladie est beaucoup moins douloureuse, et consiste dans une petite tumeur dure, rouge et presque indolente, mais qui, après avoir persisté pendant plusieurs mois dans cet état, finit presque toujours par s'enflammer avec force, et suit alors la marche de l'orgelet aigu. Lorsque la tumeur fait plus de saillie à l'extérieur que du côté de l'œil, elle gêne peu la vision; mais dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'elle fait une forte saillie vers la face oculaire de la paupière, non-seulement elle gêne alors la vision, mais encore elle peut enflammer l'œil en l'irritant mécaniquement par les frottemens qu'elle exerce sur lui.

Le traitement de l'orgelet aigu consiste en des applications de cataplasmes faits avec de la pulpe de pomme de rainette cuite et aplatie entre deux linges, dans des lotions et des bains émolliens; et celui de l'orgelet chronique dans l'application d'une mouche de diachylum gommé sur la tumeur, jusqu'à ce quelle s'enflamme et prenne le caractère aigu.

En général, il faut abandonner à elle-même la chute du bourbillon. L'expérience a prouvé que les incisions réussissent mal, et entretiennent presque toujours la maladie, au lieu d'en accélérer la guérison.

L'orgelet est une maladie sujette à récidiver, tant que la cause intérieure qui y a donné lieu persiste, et l'on doit tout faire pour écarter cette cause.

### De l'anthrax.

L'anthrax n'est pas une maladie essentiellement différente de la précédente, ce n'est, à proprement parler, qu'une agglomération de furoncles. Nous le définirons donc: l'inflammation simultanée d'un plus ou moins grand nombre des paquets coniques du tissu cellulaire renfermés dans l'épaisseur du derme. Il n'est question ici que de l'anthrax *bénin* des auteurs, l'anthrax *malin* sera décrit à l'article *charbon*.

*Causes*. Elles sont les mêmes que pour le furoncle isolé.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. Les parties de la peau qu'occupe ordinairemement l'anthrax sont celles où cette membrane a le plus d'épaisseur et renferme les paquets celluleux les plus considérables, tels que la nuque, le dos, les parois du thorax et de l'abdomen, les épaules, les fesses et les cuisses. On a partagé en quatre périodes la marche des symptômes de cette maladie.

*Première période*, dite d'*invasion*. Très fréquemment, après quelques jours de soif, d'inappétence, avec enduit muqueux de la langue, de malaise, etc., d'irritation gastrique, en un mot, et quelquefois sans que ces symptômes aient précédé, il apparaît sur l'une des parties indiquées une tumeur inflammatoire, hémisphérique, circonscrite, tendue et dure, très-douloureuse, d'un rouge livide, accompagnée d'un sentiment de chaleur brûlante, et dont le volume devient quelquefois énorme en sept à huit jours. A mesure que cette inflammation se développe, elle réagit sur le cœur et les voies gastriques, et en détermine l'irritation ou l'augmente si elle existait déjà.

*Deuxième période*, dite de *suppuration* et de *formation des escharres*. La suppuration s'établit; et la gangrène frappe le tissu cellulaire étranglé et les aréoles du derme. Le pus se fait d'abord jour à travers le sommet de chacune de ces espèces d'alvéoles de la peau, qui contiennent les paquets celluleux enflammés; cette membrane s'ulcère et se perfore du dedans au dehors, et le sommet de la tumeur se trouve bientôt percé d'un grand nombre de petites ouvertures, à travers lesquelles on

fait sortir, par la pression, autant de gouttelettes de pus. La gangrène s'empare des cloisons fibreuses des alvéoles, les intervalles qui séparent les ouvertures disparaissent; la peau est détruite, et l'on n'aperçoit plus qu'une escharre épaisse, blanchâtre ou grisâtre, et baignée par une suppuration abondante. Cette escharre, formée par tous les flocons celluleux et par les cloisons fibreuses mortifiées, exhale une odeur fétide, mais qui diffère de celle des matières animales en putréfaction. La douleur, la chaleur générale, la soif, le malaise et l'accélération du pouls diminuent.

*Troisième période*, dite de *détersion*. La pression fait sortir le pus du fond et du pourtour de l'ulcère; plus tard l'escharre se cerne, se détache, tombe par lambeaux, et laisse une large plaie avec perte de substance, au fond delaquelle on voit quelquefois les aponévroses à nu, parfois perforées, et le pus sortant par les ouvertures qu'elles présentent. La peau est décollée, amincie et bleuâtre, sur les bords de l'ulcère.

*Quatrième période*, dite de *cicatrisation*. Le fond de l'ulcère se couvre de bourgeons charnus, les bords de la plaie se recollent, la suppuration diminue peu à peu, et la cicatrice s'opère tant par le rapprochement des bords de la plaie que par la formation d'un tissu nouveau.

Les trois premières périodes ont une durée à peu près égale, de huit à dix jours pour chacune; mais celle de la dernière est illimitée et dépend de l'étendue de la perte de substance que la peau a éprouvée.

Le pronostic de l'anthrax varie. En général, quand il n'y a qu'une seule de ces tumeurs, et que son volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule, les suites n'en sont pas graves; mais lorsque la tumeur est très-volumineuse, et qu'il en existe plusieurs, le malade peut périr immédiatement par l'effet de la gastro-entérite, qui produit l'inflammation cutanée ou en augmente nécessairement la violence, ou consécutivement, par suite de l'épuisement qu'entraîne l'abondance de la suppuration, et par l'impossibilité de la réparation des tégumens qui ont été détruits.

*Traitement*. Lorsque l'anthrax est encore peu volumineux, on peut, s'il n'a pas été précédé de symptômes d'irritation gastrique, tenter de le faire avorter par l'application de nombreuses sangsues, dont on fait abondamment saigner les piqûres. Mais on doit peu compter sur ce moyen, non plus que sur les topiques émolliens et narcotiques, que l'on emploie aussi quelquefois. Les bains, plus utiles, sont cependant encore d'un faible secours. Le but du médecin doit être de faire cesser l'inflammation et l'étranglement du tissu cellulaire, afin d'en prévenir la gangrène; le meilleur moyen d'y parvenir consiste dans des incisions qui se croisent au centre de la tumeur, la divisent dans toute sa largeur et même un peu au-delà de sa circonférence, du sommet à la base et dans toute sa profondeur. Le plus petit anthrax exige toujours qu'on pratique deux incisions qui le divisent en quatre parties; et le volume de la tumeur peut en exiger jusqu'à cinq à six. Ces incisions font cesser l'étranglement; la perte du sang qui les suit diminue l'inflammation, elles préviennent la gangrène de la peau et celle des paquets celluleux dans lesquels elle n'est pas encore déclarée; elles facilitent l'issue du pus et des bourbillons frappés de mort; elles font cesser très-promptement la douleur locale et les phénomènes généraux; enfin elles abrègent singulièrement la durée de la maladie. Le pansement se compose de pressions qu'on exerce tous les jours sur les lambeaux afin d'en expulser le pus et les bourbillons qui sont détachés, et de l'application de plumasseaux de charpie enduits de quelque corps digestif, par exemple, ou imbibés d'une liqueur légèrement aromatique et recouverts de cataplasmes émolliens. Lorsque la détersion de la plaie est opérée, on ne doit plus employer que les bandelettes de cérat et de la charpie sèche.

Lorsqu'au début de l'anthrax, la langue est jaune ou muqueuse au centre et à peine rouge à son limbe, la bouche amère, l'appétit nul, et qu'il y a des nausées, si en même temps la soif est peu prononcée, le pouls peu fréquent et la chaleur de la peau peu considérable, on administre avec avantage un vomitif ou un purgatif. Mais lorsque les signes d'irritation gastrique sont très-prononcés, les boissons délayantes, acidules, nitrées, et la diète sont préférables. Enfin, pendant tout le temps de la violence de l'anthrax, il faut encore recourir aux boissons délayantes, à la diète, aux bains et aux lavemens émolliens, pour combattre la gastro-entérite concomitante. Si cette phlegmasie était très-intense, il faudrait même l'attaquer par des évacuations sanguines épigastriques.

## INFLAMMATIONS ÉRYTHÉMATEUSES DE LA PEAU.

### De l'urticaire.

L'urticaire consiste dans une éruption subite de tubercules aplatis, de formes irrégulières, d'un rouge pâle, durs, causant une vive démangeaison, comparables enfin à ceux que fait naître la piqûre de l'ortie: c'est même de cette ressemblance que la maladie tire son nom. On l'observe surtout chez les jeunes gens, à l'époque de la puberté. L'éruption se fait ordinairement le matin; elle disparaît presque toujours au bout de quelques heures et souvent plus vite; revient rarement plus de deux à trois fois dans le même jour, et cesse de se montrer après quatre, six ou huit jours. En général, elle n'est accompagnée que de symptômes gastriques très-légers, tels qu'un peu de gêne et de pesanteur à l'épigastre, qui se font davantage sentir pendant que l'éruption est disparue. Dans quelques cas rares cependant, l'irritation gastrique est plus prononcée. Il suffit, pour guérir cette affection, de faire prendre de la limonade ou toute autre boisson de ce genre au malade, et de lui recommander la sobriété et l'abstinence des alimens excitans pendant quelques jours.

### De la rougeole.

La rougeole consiste dans une éruption de taches rouges, semblables à des morsures de puces, presque constamment précédée et souvent accompagnée de l'inflammation des membranes muqueuses, et surtout de celle des voies digestives.

*Causes.* Cette phlegmasie est produite par une cause dont la nature est inconnue ; on croit qu'elle se transmet par contagion d'un individu à un autre; on l'observe ordinairement sur de jeunes enfans, quoiqu'on puisse la contracter à tout âge; elle attaque rarement deux fois le même individu, cependant on en a vu qui l'ont eue jusqu'à trois fois; elle règne ordinairement au printemps, et presque toujours épidémiquement.

*Symptômes.* Elle commence d'abord par des alternatives de frisson et de chaleur, du malaise, des lassitudes dans les membres, et de la douleur de tête. Bientôt le pouls s'accélère, la peau devient brûlante et sèche, surtout à l'épigastre; la langue est rouge sur les bords et à la pointe, la soif se fait sentir, des nausées, et quelquefois des vomissemens se déclarent, et l'épigastre est parfois douloureux. Le second jour, tous ces symptômes s'accroissent, et de plus les yeux deviennent rouges et larmoyans, le malade éternue souvent, il éprouve du prurit dans les fosses nasales, un écoulement de mucus limpide se fait par le nez ; la gorge est douloureuse; une toux plus ou moins violente se manifeste. Il n'est pas rare, chez les très-jeunes enfans, de voir l'assoupissement, et même des convulsions, se joindre à ces phénomènes. Le troisième jour, l'intensité des symptômes va toujours croissant, mais, vers le quatrième, de petites taches rouges, semblables à des morsures de puces, apparaissent d'abord sur le visage; elles se répandent successivement sur la poitrine et les bras, et enfin envahissent toute l'étendue de la peau; leur sortie est presque toujours accompagnée d'une vive démangeaison et de chaleur brûlante. Dès que l'éruption est achevée, la fréquence du pouls, la chaleur, la soif, la rougeur des yeux, le coryza, le mal de gorge, etc., diminuent considérablement d'intensité et même disparaissent quelquefois complètement ; l'oppression et la toux seules persistent chez quelques individus. A mesure que les taches s'agrandissent, elles se réunissent en plaques irrégulières, particulièrement à la face, et dépassent un peu le niveau de la peau : c'est plutôt au toucher qu'à la vue que l'on s'aperçoit qu'elles proéminent. Après trois à quatre jours de durée, c'est-à-dire vers le sixième ou septième jour de la maladie, ces taches commencent à pâlir dans l'ordre de leur éruption, celles de la face les premières par conséquent; puis successivement, le huitième jour, celles des autres parties du corps. La peau devient rugueuse, et l'épiderme se détache par écailles. S'il reste encore à cette époque de la fréquence dans le pouls, de la chaleur et de la toux, tout cela disparaît en général du neuvième au onzième jour; quelquefois les symptômes de l'irritation pulmonaire se prolongent, et peuvent avoir des suites fâcheuses. Chez d'autres enfans, ce sont des ophthalmies rebelles, des furoncles, des engorgemens des ganglions lymphatiques sous-cutanés, qui succèdent à la rougeole.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de cette phlegmasie, telle que nous venons de la tracer, est la plus ordinaire, mais elle n'est pas constante; l'éruption se fait quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard ; les taches, ordinairement d'un rouge vif, sont, dans quelques cas, pâles, livides ou noires, ce qui, en général, est d'un mauvais augure; des symptômes graves de pneumonite se manifestent quelquefois; enfin, la phlegmasie des voies digestives peut être portée au plus haut degré d'intensité, et empêcher que l'éruption soit complète. La rougeole doit d'autant plus inspirer de craintes, que les sujets qu'elle atteint sont plus jeunes; elle est grave à l'époque de la dentition; elle l'est aussi chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, elle l'est encore chez les adultes en général, et chez tous les individus atteints depuis long-temps d'une affection chronique des organes pectoraux; mais on ne doit pas perdre de vue que ce n'est jamais l'éruption qui compromet la vie, mais bien les phlegmasies des organes intérieurs qui l'accompagnent ou lui succèdent.

*Caractères anatomiques.* Les traces de gastro-entérite, de pneumonite ou de pleurite que l'on rencontre le plus communément dans les cadavres des individus qui ont succombé à la rougeole, ne diffèrent en rien de celles qu'on rencontre à la suite de ces mêmes phlegmasies qui ne sont pas accompagnées d'éruption cutanée; nous les décrirons par conséquent en traçant l'histoire de ces inflammations. Le réseau capillaire de la peau est probablement injecté; nous n'avons pas eu d'occasion de nous en assurer.

*Traitement.* Lorsque les symptômes de gastro-entérite et de l'irritation des autres membranes muqueuses sont peu intenses, et que l'éruption parcourt avec facilité et avec régularité ses périodes, le traitement de la rougeole est des plus simples. Placer le malade au milieu d'une température ni chaude ni froide, le couvrir assez pour le préserver du froid, sans le fatiguer d'une chaleur incommode, le maintenir à la diète, lui faire prendre des boissons tièdes légèrement diaphorétiques, comme l'infusion de bourrache, administrer quelques cuillerées de looch contre la toux, si elle fatigue, ou prescrire l'inspiration d'une vapeur émolliente qui remédie en même temps au corysa et au mal de gorge, enfin, garantir les yeux d'une lumière trop vive, tels sont les moyens qu'il faut employer contre cette affection. Mais quand, au contraire, la gastro-entérite ou la pneumonite sont un peu vives, il faut sans hésiter, attaquer ces phlegmasies par les moyens qui leur conviennent. (*Voyez* leur histoire.) Il est rare d'ailleurs qu'on ait la certitude qu'une éruption doit se faire, et le plus prudent est de se comporter comme si elle ne devait pas avoir lieu. En outre, le meilleur moyen de la favoriser est de faire cesser les inflammations intérieures; on voit fréquemment en effet, une application de sangsues à l'épigastre, dans le cas de gastro-entérite, ou une saignée du bras, lorsque la pneumonite prédomine, être immédiatement suivies de l'éruption. On doit agir, en un mot, contre toutes le phlegmasies qui précèdent, accompagnent ou suivent la rougeole, pour peu qu'elles soient intenses, comme si cette éruption n'existait pas. Depuis que nous avons adopté cette méthode de traitement, il ne nous est pas encore arrivé de voir la rougeole suivie d'accidens fâcheux. C'est, au reste, le même

précepte donné par les anciens, de combattre toutes les *fièvres essentielles* et les inflammations qui venaient compliquer la rougeole, sans s'occuper de l'éruption. Lorsque celle-ci vient à disparaître tout-à-coup, il faut s'assurer si cet effet est dû à une augmentation subite de l'une des inflammations intérieures, ou bien s'il a été produit par le froid. Dans le premier cas, on combattra directement la phlegmasie, et dans le second, on pourra plonger le malade dans un bain tiède; dans l'un et dans l'autre, on aura recours avec avantage aux sinapismes, ou aux vésicatoires aux jambes ou à la nuque. Enfin, quand les taches sont pâles ou d'un rouge livide, que les signes d'irritation interne sont peu prononcés, que le sujet est faible, la langue pâle, le pouls petit et misérable, la peau à peine chaude, on ne doit pas balancer à prescrire les toniques, tels que le vin, la décoction de quinquina, le camphre, dont on suspendra l'emploi aussitôt qu'on aura obtenu l'effet désiré. Les rubéfians de la peau sont encore d'un grand secours dans ces circonstances; mais il ne faut pas confondre ce cas avec celui dans lequel, les taches étant également pâles ou livides, il existe en même temps des signes d'inflammation intense, bien prononcés; il y aurait alors le plus grand danger à user des stimulans. La méthode antiphlogistique est ici la seule convenable.

### De la roséole (1).

On trouve décrite dans les auteurs, sous les noms de *fausse rougeole*, *roséole*, etc., une éruption qui ne nous paraît différer de la rougeole que par le degré; elle semble être à cette maladie ce que la varicelle est à la variole.

La roséole se montre dans toutes les saisons, mais principalement en automne; elle attaque tous les âges, mais surtout les enfans; toute irritation de la peau peut la produire; en général, elle se développe sans cause connue. Elle consiste dans une éruption de taches à peu près semblables à celles de la rougeole, mais plus larges, plus irrégulières, et séparées par des intervalles nombreux où la peau conserve son état naturel, ou dans des taches roses circulaires ou ovales, qui augmentent successivement jusqu'à ce qu'elles aient acquis six à huit lignes de diamètre; ou bien enfin elle se montre sous la forme d'anneaux colorés en rose, avec des aires centrales de la couleur ordinaire de la peau (Rayer). Son apparition est quelquefois précédée, accompagnée, suivie d'une légère gastro-entérite. Elle n'occupe souvent que le cou, le visage et les membres inférieurs; quelquefois cependant elle envahit toute la peau en vingt-quatre ou quarante-huit heures; un peu de démangeaison l'accompagne; elle est quelquefois entièrement terminée en trois jours; presque jamais elle ne se prolonge au delà de ce terme. Sa disparition subite aggrave toujours l'inflammation interne qui l'accompagne; souvent c'est l'accroissement de cette inflammation elle-même qui fait disparaître l'éruption. Elle n'est pas contagieuse, et peut se reproduire plusieurs fois; elle n'entraîne aucun danger; son traitement est le même que celui de la rougeole. Confondue souvent avec celle-ci par les auteurs, elle leur a fait dire que la rougeole pouvait attaquer le même individu un nombre de fois indéterminé.

### De la scarlatine.

Cette phlegmasie se reconnaît à des plaques larges, un peu élevées au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge écarlate, dont l'éruption est toujours précédée de phlegmasie gastro-intestinale et souvent de pharyngite.

*Causes.* Elles sont aussi peu connues que celles de la rougeole. De même que cette affection, elle est contagieuse, attaque l'enfance beaucoup plus fréquemment que les autres âges de la vie, se manifeste rarement plus d'une fois sur le même individu, et règne presque toujours d'une manière épidémique; mais les circonstances atmosphériques dans lesquelles elle se développe ne sont pas les mêmes que pour la rougeole. En effet, on l'observe le plus souvent vers le commencement de l'hiver et pendant toute cette saison, lors des vicissitudes atmosphériques, et lorsque la température est humide, froide et nébuleuse, ou lorsque des pluies abondantes sont immédiatement suivies d'une grande chaleur.

*Symptômes.* Les mêmes symptômes de gastro-entérite qui marquent l'invasion de la rougeole précèdent aussi la scarlatine pendant trois ou quatre jours; il s'y joint presque constamment les signes d'une pharyngite plus ou moins violente; mais on n'observe pas, comme dans la rougeole, d'ophthalmie ni de coryza, et rarement de la toux. Le troisième ou quatrième jour, et quelquefois plus tard, jusqu'au huitième ou neuvième, car l'époque de l'éruption est moins constante dans la scarlatine que dans la rougeole, il paraît sur la peau des taches rouges, plus larges et d'un rouge plus vif que celles de la rougeole. Elles se montrent d'abord à la face et au cou, puis successivement à la poitrine, aux bras, au ventre et aux extrémités inférieures, s'étendent promptement en larges plaques, qui ne tardent pas à se confondre, et donnent à toute la surface de la peau l'aspect de l'écarlate. Les mains et les pieds sont souvent gonflés, douloureux, et plus rouges que les autres parties du corps; la face et les paupières sont quelquefois bouffies. Il est rare que les symptômes de gastro-entérite diminuent après l'éruption, tandis qu'ils disparaissent presque toujours après la sortie de la rougeole. Enfin, vers le quatrième jour de l'éruption, l'épiderme se détache par écailles et par longues lames sur les pieds et les mains; et si, à cette époque, on ne préserve avec beaucoup de soin le malade du contact de l'air frais, il ne tarde pas à être affecté d'anasarque, quelquefois d'ascite, d'hydro-thorax, ou d'hydro-céphale. Plus l'éruption a été abondante, et plus ces accidens sont à redouter.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la scarlatine n'est pas toujours telle que nous venons de la tracer: quelquefois l'éruption se fait difficilement et incomplètement; d'autres fois elle paraît et s'efface alternativement, ce qui est d'un mauvais augure; enfin, les taches sont, dans

(1) Rayer, *ouvrage cité*, pages 43 et suivantes.

quelques circonstances, livides et mêmes brunes, ce qui est bien plus grave encore. Les phlegmasies des organes intérieurs sont parfois des plus intenses. Sa durée moyenne est de dix à douze jours; mais lorsqu'après la desquamation il survient un des accidens dont nous avons parlé, elle peut se prolonger indéfiniment. Elle se termine le plus fréquemment par la desquamation de l'épiderme, suivie du retour à la santé; mais assez souvent la mort en est la suite. Le danger ne vient jamais de l'éruption, mais de la phlegmasie pharyngienne et gastro-intestinale qui la précède et l'accompagne, ou des hydropisies qui succèdent à la desquamation.

*Caractères anatomiques.* Ceux de la peau consistent dans l'injection rouge et l'infiltration séreuse de cette membrane. La rougeur, le gonflement et la perte de cohésion de la membrane muqueuse du pharynx, de l'estomac et des intestins, attestent l'inflammation qui a existé dans ces parties pendant la vie. On trouve des épanchemens de sérosité limpide dans le tissu cellulaire, le péritoine, la plèvre ou l'arachnoïde, s'il y a eu anasarque, ascite, hydro-thorax ou hydro-céphale.

*Traitement.* Les mêmes préceptes de traitement que nous avons tracés pour la rougeole sont exactement applicables à la scarlatine. Ainsi, combattre par les moyens qui leur sont propres toutes les phlegmasies qui précèdent, accompagnent, ou suivent l'éruption, sans s'occuper de celle-ci lorsqu'elle parcourt régulièrement ses périodes autrement que pour la faciliter par l'action d'une température douce et uniforme, tel est le principal de ces préceptes. Viennent ensuite, comme pour la rougeole, ceux de rappeler l'éruption par les bains et les rubéfians de la peau, lorsqu'elle est disparue; de la fixer, pour ainsi dire, à la peau par les vésicatoires, lorsqu'elle paraît et s'efface alternativement; enfin de stimuler les voies digestives, lorsque la phlegmasie cutanée est pâle, livide ou brune. Comme dans la rougeole enfin, si ces accidens de l'éruption dépendent de l'accroissement alternatif ou continu de la phlegmasie intérieure, le meilleur moyen d'y remédier est de diminuer et détruire cette phlegmasie. Enfin, il faut prendre toute les précautions possibles pour préserver le malade d'anasarque, et à cet effet on doit le prémunir contre le froid lors de la desquamation de l'épiderme, frictionner la peau avec des flanelles sèches et chaudes ou imprégnées d'une vapeur aromatique, et administrer quelques bains tièdes. Si, malgré l'emploi de ces moyens, l'hydropisie a lieu, on la combat par les diurétiques et les sudorifiques, pourvu que les voies gastriques soient exemptes d'irritation.

## INFLAMMATIONS PUSTULEUSES DE LA PEAU.

### Du pemphygus.

C'est une éruption de pustules vésiculeuses, semblables à celles de l'érysipèle, de la grosseur d'une noisette à peu près, remplies de sérosité jaunâtre, et placées sur un fond rouge et enflammé. Les causes en sont inconnues. On l'a vu congénial (1). L'apparition de ces pustules est ou n'est pas précédée de symptômes de gastro entérite; quelquefois il n'y a qu'une pustule unique, dont l'étendue peut être très-considérable, puisqu'on l'a vue couvrir une surface de vingt pouces de diamètre. Il y a toujours une douleur ou une cuisson très-vive à la peau au dessous de chaque pustule. En trois ou quatre jours elles sont quelquefois toutes disparues; mais souvent elles se succèdent en plus ou moins grand nombre pendant un mois et plus. On les a vues revenir d'une manière périodique. Lorsqu'une vésicule crève, on voit au fond une surface blanche, grise ou brune, et dans quelques cas gangréneuse : la durée de chaque pustule est de trois à quatre jours. Si le pemphygus est local et non accompagné de symptômes d'irritation gastrique, on enduit le pourtour des pustules avec du beurre frais ou du cérat; on recouvre la partie qu'elles occupent d'un cataplasme émollient, si cela est possible; on prescrit des bains, un régime doux, et l'usage d'une boisson délayante ou acidule. Lorsqu'il résulte de la rupture des vésicules des ulcérations douloureuses et opiniâtres, on les panse avec de la graisse dans laquelle on a fait bouillir des feuilles de grande scrophulaire, ou rendue narcotique par l'addition de pavot, d'opium, etc. On a quelquefois beaucoup de peine à débarrasser les malades de cette sorte de pemphygus chronique. Gilbert (2) en rapporte une observation très-curieuse, dans laquelle on voit la maladie se prolonger pendant deux mois et demi, et entraîner la mort de la malade. Quand il existe, en même temps que les pustules, des symptômes de gastro-entérite, on traite cette phlegmasie par les moyens appropriés, et celle de la peau par ceux précédemment indiqués. Lorsqu'il y a disposition à la gangrène, il faut avoir recours aux toniques; si des symptômes de scorbut existent en même temps, les végétaux frais conviennent; enfin on emploie avec succès le quinquina contre le pemphygus périodique.

### Du zona ou zoster.

Une éruption successive de taches rouges, surmontées de vésicules transparentes et de pustules blanches et rouges, disposées en demi-ceinture depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne médiane antérieure, autour du thorax ou de l'abdomen, avec ardeur et vive démangeaison de la peau, quelquefois avec symptômes de gastro-entérite; cette éruption, disons-nous, a reçu le nom de *zona* (*zone*, *ceinture*). On voit quelquefois le zona avoir son siège autour d'une cuisse, au col, ou sur le front, mais cela est rare. Ces pustules se succèdent et se remplacent pendant vingt-cinq, trente et même quarante jours; elles laissent souvent après elles des douleurs vives dans la peau, contre lesquelles l'art est impuissant, et qui durent presque toujours fort long-temps. Les causes spéciales de cette affection ne sont pas connues; elle est très-incommode, mais jamais dangereuse.

(1) Lobstein, *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*, tom. VI.

(2) *Monographie du Pemphygus*, in-8°, Paris, 1813.

L'emploi des topiques est plus nuisible qu'utile dans cette phlegmasie ; on se borne ordinairement à saupoudrer de farine ou d'amidon la partie qui en est le siége, et à prévenir le frottement des vêtemens par l'application d'un linge de toile fine et usée. S'il existe des symptômes de gastro-entérite, on les combat par les anti-phlogistiques. On trouve dans tous les auteurs le précepte de combattre la *disposition bilieuse* par les vomitifs ; il est plus rationnel et plus utile de diminuer beaucoup les alimens du malade, de ne lui en permettre que de doux, choisis principalement et même exclusivement dans le règne végétal ; de le mettre à l'usage des boissons acidulées et de le priver de tous les stimulans, surtout spiritueux. Nous avons eu plusieurs occasions d'observer le zona depuis quelques années, et nous en avons toujours abrégé la durée, en faisant pratiquer, au début, une ou deux applications de sangsues à l'anus, et en maintenant les malades au régime indiqué ci-dessus. M. Audibert a appliqué avec succès, au traitement de cette affection, la cautérisation des pustules au moyen du nitrate d'argent, conseillée d'abord pour faire avorter les pustules de la variole. ( Voyez *variole* ) (1).

### De la suette.

Éruption cutanée de petites granulations dures, rouges, coniques, qui rendent la peau rugueuse au toucher, précédée de sueurs et de gastro-entérite, et quelquefois suivie de la desquamation de l'épiderme, *suette miliaire*, *suette picarde* (2)

*Causes.* Elles sont peu connues ; l'air humide, le voisinage des marais et l'habitation des vallées basses et humides, paraissent en être les principales. Elle règne toujours d'une manière épidémique ; plusieurs auteurs la regardent comme contagieuse : M. Rayer partage cette opinion.

*Symptômes et marche.* On observe ordinairement au début un sentiment de lassitude, de la céphalalgie, des sueurs copieuses et souvent fétides, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau et une sorte de constriction à l'épigastre ; la bouche est pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanc-sale, la soif peu vive ; il y a inappétence et constipation. Chez quelques individus, les symptômes d'irritation gastrique manquent complètement, et la sueur et l'éruption existent seules ; chez d'autres, au contraire, ils sont plus violens que nous ne les avons décrits, et alors l'épigastre est douloureux, des battemens isochrones à ceux du pouls s'y font sentir ; la soif est vive, la chaleur considérable, la langue rouge à son lymbe ; il y a des nausées et des vomissemens : rarement il s'y joint des phénomènes cérébraux produits par la lésion directe de l'encéphale ; ils sont presque toujours sympathiques. Vers le troisième jour, il se fait à la peau une éruption de boutons miliaires rouges et coniques, dont le sommet blanchit quelque temps avant qu'ils s'effacent. Quelquefois cette éruption consiste dans de petits boutons perlés ; d'autres fois elle est formée par de petites vésicules arrondies et remplies de sérosité d'abord limpide ; enfin, dans quelques cas, on rencontre les trois espèces de boutons réunies sur le même individu. Leur apparition est ordinairement précédée, outre les symptômes de gastro-entérite, par des picotemens, du prurit ou de la démangeaison à la peau. L'éruption ne dure ordinairement que deux ou trois jours, et est suivie quelquefois de desquamation de l'épiderme. Souvent irrégulière dans son développement, elle suit cependant en général la marche des autres phlegmasies cutanées, et se montre successivement à la face, au cou, à la poitrine, aux bras, au ventre, aux cuisses, etc.

*Durée, terminaison et pronostic.* La durée moyenne de la suette est de sept à huit jours ; sa terminaison la plus ordinaire, la guérison ; son pronostic peu grave.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la suette miliaire, on trouve presque toujours la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle d'un rouge plus ou moins vif, et ses vaisseaux capillaires injectés. Quand des symptômes cérébraux ont existé, on trouve le cerveau injecté et de la sérosité épanchée dans les ventricules. L'état de la peau n'a été examiné par personne, que nous sachions.

*Traitement.* Isoler les communes et les individus infectés ; renouveler l'air et prescrire les fumigations de chlore et d'acide nitrique dans les chambres des malades et des convalescens, après les en avoir éloignés pour les y ramener ensuite, ou plutôt faire des arrosemens avec la dissolution de chlorure de chaux, d'après le procédé de Labarraque ; dans les écoles et dans les églises, défendre tous les grands rassemblemens ; entretenir la plus grande propreté dans les localités et sur les individus ; recommander la sobriété ; enfin tranquilliser l'esprit des habitans des communes frappées par l'épidémie ou qui en sont menacées : tels sont les moyens hygiéniques les plus propres à diminuer l'intensité de la suette et à en empêcher la propagation. Une ou deux saignées du bras au début de la phlegmasie, chez les individus pléthoriques, et lorsqu'une pneumonite ou une congestion cérébrale compliquent l'affection principale, produisent d'excellents effets ; mais il est assez rare qu'on soit obligé d'avoir recours à ce moyen, et les sangsues à l'épigastre suffisent dans le plus grand nombre de cas. On doit y avoir recours dans tous les cas où les symptômes gastriques sont intenses ; mais on peut même s'en dispenser dans les circonstances opposées. Les boissons délayantes, telles que les décoctions d'orge, de chiendent, l'infusion de bourrache, le petit-lait, l'eau de veau, de poulet, etc., doivent dans tous les cas former la boisson des malades. Si l'éruption cutanée venait à disparaître subitement, et que les symptômes graves de la lésion d'un organe important se manifestassent, il faudrait stimuler la peau par des frictions sèches ou l'urtication. On emploie avec avantage les sinapismes ou les vésicatoires, dans l'imminence

(1) *Archives générales de médecine*, novembre 1828.

(2) Voyez l'excellente *Histoire de l'épidémie de suette miliaire* qui a régné en 1821 dans les départemens de l'Oise et de Seine et Oise, publiée par P. Rayer, docteur en médecine, etc.

des congestions cérébrales, ou après les avoir préalablement diminuées par les évacuations sanguines. Enfin, pendant les quatre ou cinq premiers jours et quelquefois jusqu'au huitième, suivant la violence de la gastro-entérite, on doit tenir les malades à la diète sévère, et lorsqu'ils entrent en convalescence, il ne faut les ramener que par une gradation bien ménagée, des alimens légers à des substances plus nutritives.

### De la miliaire.

Cette phlegmasie diffère peu de la suette, ce qui précède lui est donc en partie applicable. Elle se montre souvent dans certaines contrées basses et humides, chez les femmes en couches, et paraît être l'effet des sueurs abondantes. La faiblesse de la constitution, l'habitation dans les vallées humides, une nourriture malsaine, et l'abus des sudorifiques peuvent la faire naître chez tous les individus. Comme la suette, elle est ou non précédée ou accompagnée de phlegmasie gastro-intestinale plus ou moins intense, mais on ne la croit pas contagieuse comme elle; elle est aussi moins grave et plus fréquemment exempte de gastro-entérite. L'éruption affecte trois formes différentes; tantôt elle consiste dans de petites vésicules diaphanes, remplies d'une sérosité claire et limpide, placées au centre d'une petite tache purpurine; tantôt ce sont encore les mêmes vésicules, mais sans tache rouge au-dessous d'elles; enfin, quelquefois les taches et les boutons sont rouges. On voit quelle analogie il existe entre cette phlegmasie et la suette; elle est telle, que nous doutons si ce sont réellement deux affections différentes. Dans l'une comme dans l'autre, des sueurs, des picotemens et de la démangeaison, précèdent l'éruption; dans celle-ci comme dans celle-là la marche est régulière ou irrégulière presque indifféremment, la durée moyenne est de sept à huit jours, le pronostic peu grave, et la guérison avec desquamation de l'épiderme est la terminaison la plus ordinaire. C'est probablement la même phlegmasie qu'on a nommée *miliaire* et *fièvre miliaire* lorsqu'elle s'est montrée sporadiquement, et qu'on a appelée *suette*, etc., lorsqu'on l'a observée épidémique. Nous renvoyons pour le traitement à ce que nous avons dit pour la suette.

### De la variole ou petite vérole.

C'est la plus grave des maladies pustuleuses de la peau. Elle consiste dans une éruption générale de boutons, qui se convertissent en grosses pustules arrondies, purulentes, et se terminent par dessication, toujours précédée et très-souvent accompagnée de phlegmasie gastro-intestinale.

*Causes.* Elles sont inconnues : on la suppose produite par un agent *spécifique*. Elle se développe spontanément au printemps et à l'automne, presque toujours dans les premières années de la vie, quelquefois cependant chez les adultes et même chez les vieillards. Elle est éminemment contagieuse, mais en général on n'est plus apte à la contracter lorsqu'on en a été atteint une fois. Quelques individus cependant l'ont deux et même trois fois; ces cas sont extrêmement rares.

*Symptômes.* Un frisson plus ou moins vif ouvre ordinairement la scène. Il est bientôt suivi de chaleur vive et âcre de la peau, de fréquence du pouls, de sensibilité à l'épigastre, nausées, vomissemens, soif vive, perte d'appétit, rougeur du pourtour de la langue, céphalalgie, brisement des membres, en un mot, des symptômes de l'inflammation des voies digestives. Ces symptômes sont plus ou moins prononcés, suivant que la phlegmasie dont ils émanent est plus ou moins vive; et chez les jeunes enfans il s'y joint souvent des phénomènes cérébraux sympathiques. Le quatrième jour ordinairement l'éruption commence à la figure, sous la forme de petites taches rouges, elle gagne successivement le cou, les bras, la poitrine et les membres inférieurs, et à mesure qu'elle s'opère, les symptômes de la gastro entérite diminuent d'intensité, et disparaissent même quelquefois complètement lorsqu'elle est achevée. On ne tarde pas à voir de petits boutons rouges et enflammés s'élever au dessus du niveau de la peau, qui devient tendue dans les intervalles. Ces boutons grossissent; la peau est chaude et douloureuse; la face se tuméfie; les paupières se gonflent, au point quelquefois de tenir les yeux fermés pendant plusieurs jours; les mains, les doigts et les pieds, également gonflés, deviennent tendus et raides. Vers le troisième ou quatrième jour à compter depuis l'éruption, le septième ou huitième à partir du début de la maladie, les pustules de la face commencent à pâlir, à blanchir à leur sommet; elles s'entourent à la base d'une aréole rouge; la sérosité qu'elles contiennent prend le caractère purulent; déprimées d'abord à leur centre, elles prennent tout-à-fait la forme sphérique, puis elles deviennent rugueuses, jaunissent, et laissent échapper une partie du pus qu'elles renferment. Les mêmes phénomènes se passent avec la même marche dans les autres parties du corps, successivement et dans le même ordre que s'est faite l'éruption; de telle sorte que les pustules de la face se dessèchent déjà, quand celles des pieds commencent à devenir purulentes. Les symptômes d'irritation gastrique, que l'éruption avait fait disparaître, se raniment ordinairement au commencement de cette période, dite de suppuration, et se dissipent de nouveau après vingt-quatre ou quarante-huit heures. Enfin, le onzième jour à peu près de la maladie, la face se dégonfle, puis les pustules se dessèchent, se rompent, et tombent par croûtes du quatorzième au quinzième jour; il en est de même des autres parties du corps. Aux croûtes succèdent souvent des écailles furfuracées, et quelquefois de petites cavités très-apparentes sur la peau. On a appelé *variole discrète* celle dans laquelle les pustules sont peu nombreuses et les symptômes de gastro-entérite peu intenses : on a nommé *confluente* celle dans laquelle les pustules se touchent et sont accompagnées d'une violente inflammation gastro-intestinale. Plus les symptômes de gastro-entérite du début sont intenses, et plus l'éruption est considérable et difficile, et *vice versâ*.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche, la durée et le mode de terminaison de la

variole régulière viennent d'être exposés ; une foule de circonstances peuvent les faire varier. La mort est souvent le résultat immédiat de la violence de la double phlegmasie muqueuse et cutanée, et quand cette issue funeste n'a pas lieu, il arrive fréquemment encore que la perte de la vue ou des ophthalmies rebelles, la surdité, l'otite, des dépôts plus ou moins considérables, des suppurations abondantes, etc., en sont les suites désastreuses. Plus le malade est âgé, les symptômes de gastro-entérite intenses, les pustules nombreuses, sur tout à la face, plus grand est le danger, et *vice versâ*. Si des symptômes cérébraux ou pneumoniques ou pleurétiques accompagnent ceux de la gastro-entérite, il y a à craindre une issue funeste; elle est presque inévitable, si en même temps l'éruption devance le jour où elle devrait se faire. La petitesse des pustules, leur forme aplatie au lieu de s'élever en pointe, l'irrégularité dans leur développement, leur complication avec les pétéchies, des pustules miliaires, la scarlatine, des taches cendrées, violettes, noirâtres, etc.; tous ces signes, même isolés, sont d'un fâcheux présage. Le danger est extrême enfin lorsque les pustules ne contiennent, au lieu de pus, qu'une sérosité transparente (*variole cristalline*), ou quand elles se remplissent d'un sang noir et épais, ou bien lorsqu'elles s'affaissent, pâlissent ou deviennent noirâtres. Toutes les hémorrhagies qui surviennent pendant la période de suppuration sont fâcheuses. Les salivations et les diarrhées excessives peuvent épuiser les malades. Dans toutes les circonstances opposées à celles que nous venons d'énumérer le pronostic est favorable.

*Caractères anatomiques*. Ce sont ceux de la gastro-entérite et des autres phlegmasies qui ont existé pendant la vie. La peau est gorgée de sang, épaissie, facile à déchirer, et infiltrée d'un fluide gélatiniforme et sanguinolent.

*Traitement. Morborum curatio ita ferè instituenda est in variolis, uti institueretur si variolæ non adessent.* Ce passage de Cotugno renferme toute la thérapeutique de la variole, comme de la plupart des phlegmasies cutanées. En effet, la présence des pustules à la peau ne change rien à la nature des maladies qui précèdent leur apparition, ou les accompagnent, ou persistent après elles. Dans l'immense majorité des cas, ce sont des inflammations d'organes qui réclament le traitement antiphlogistique, *uti institueretur si variolæ non adessent.* D'ailleurs, lorsqu'on est appelé auprès d'un malade avant l'éruption, rien, dans les symptômes, n'indique que celle-ci doive avoir lieu; il serait impossible de l'affirmer, même au sein d'une épidémie.

Nous avons dit que les symptômes qui précèdent l'éruption étaient ceux de l'inflammation des voies digestives; on doit donc appliquer des sangsues à l'épigastre, couvrir l'abdomen d'émolliens, administrer des lavemens de même nature, prescrire la diète absolue et l'usage des boissons délayantes, acidules, etc., en un mot, traiter la gastro-entérite par les moyens qui lui sont propres, et que nous indiquerons plus en détail dans l'histoire de cette maladie. Lorsque l'éruption commence, les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale disparaissent ordinairement. Il faut alors se borner à l'usage des boissons, qu'on peut même administrer chaudes s'il ne reste aucune trace d'irritation gastrique. On peut également, dans ce cas, permettre quelques bouillons légers au malade; mais si les boutons sont très-nombreux, il est plus sage de continuer la diète, parce que l'intensité de l'inflammation de la peau ranimera infailliblement celle des voies digestives, et que des substances alimentaires ne feraient que hâter cet effet et le rendre plus violent. Mais si la gastro-entérite persiste, et que son intensité s'oppose à la sortie facile des boutons, la saignée générale ou épigastrique doit être encore employée; on y joint avec avantage le bain tiède et les cataplasmes émolliens sur les pieds et sur les mains. Dans les cas où il existe des symptômes de pneumonite ou d'arachnoïdite compliquant ceux de la phlegmasie gastro-intestinale, on combat ces affections par les moyens convenables. (Voyez *pneumonite* et *arachnoïdite.*)

Dès que l'éruption est complète, si elle n'est pas très-abondante, il ne reste qu'à surveiller le régime du malade, et à le préserver du froid sans l'étouffer de couvertures. Si au contraire les pustules sont très-nombreuses, la face se gonfle énormément; elle devient le siége d'un érysipèle plus ou moins violent, qui peut faire naître une inflammation cérébrale; tout le tissu cutané s'enflamme vivement, et, réagissant sur le tube digestif, y détermine une phlegmasie violente: c'est toujours la même conduite à tenir; combattre ces inflammations comme si les pustules n'existaient pas. Enfin, si l'éruption se fait difficilement à la plante des pieds et à la paume des mains, en raison de la densité de la peau de ces parties, on la favorise par des bains locaux émolliens; et lorsque plus tard les pustules se dessèchent, on fend les croûtes avec la lancette ou le bistouri pour donner issue au pus; par ces précautions on évite souvent des douleurs violentes aux malades.

L'éruption disparaît quelquefois. Si cet effet n'est pas dû à une recrudescence de la phlegmasie viscérale, on peut avoir recours aux vésicatoires et aux sinapismes, dont on retire alors de très bons effets. On doit user avec bien plus de circonspection des décoctions de quinquina, du vin chaud, du camphre et de l'acétate d'ammoniaque, conseillés par les auteurs dans quelques circonstances. Les seuls cas où il soit permis d'en faire usage, c'est lorsque l'éruption est pâle ou livide, le malade débile, épuisé, et les symptômes des phlegmasies viscérales peu prononcés. Enfin, on doit recourir aux acides et aux styptiques lorsque le malade rend le sang par la bouche, les selles ou les urines, et les associer aux toniques et aux astringens, s'il est en outre dans les conditions précédentes. Le safran a été préconisé contre la constriction douloureuse de la gorge qui accompagne souvent la variole.

MM. Bretonneau, Velpeau et Serres ont proposé de faire avorter la variole en cautérisant les pustules avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation a été employée par eux et par d'autres médecins avec des succès divers. Pratiquée sur chaque pustule et dès le second jour de son éruption, avec

un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe, elle a toujours réussi à en arrêter le développement. Mais comment cautériser chaque pustule isolément, dans une variole confluente, par exemple? En se contentant de brûler celles de la face, il faudrait encore y sacrifier beaucoup de temps. La douleur qui suit cette opération est d'ailleurs assez vive, et très-propre à faire naître des accidens graves. Il a donc fallu y renoncer. Pour écarter ces inconvéniens, M. Serres a cautérisé toutes les pustules d'une partie en les barbouillant en masse avec une dissolution de nitrate d'argent; mais on s'est bientôt aperçu que cette cautérisation ne faisait presque jamais avorter les pustules, et qu'elles continuaient à parcourir leurs périodes sous la croûte formée par le caustique. Ce procédé a donc aussi été abandonné. Il ne reste donc plus rien aujourd'hui de la méthode de la cautérisation, nommée *ectrotique* par M. Serres. On pourrait cependant l'employer encore à la face, pour prévenir les cicatrices; mais c'est au procédé de la cautérisation de chaque pustule isolément qu'il faudrait recourir exclusivement.

On s'est de tout temps beaucoup occupé de trouver un préservatif de la petite vérole. L'inoculation, précédée pendant quelques jours par l'usage du proto-chlorure de mercure, ou par des boissons rafraîchissantes et un régime doux, ou par des purgatifs, a été long-temps employée avec succès dans ce but; mais on a dû renoncer à ce moyen pour la vaccine, dont les avantages sur l'inoculation et la vertu préservatrice sont incontestables.

### De la vaccine (1).

La vaccine est une inflammation pustuleuse de la peau qui présente les plus grandes analogies avec la variole, dont elle est le préservatif assuré, et qui se développe par suite de l'insertion d'un fluide ou virus pris dans des pustules qui surviennent spontanément sur le pis de la vache (cow-pox), ou dans les pustules que cette insertion fait naître chez l'homme.

Il y a une vaccine vraie et une vaccine fausse. La *vaccine vraie* préserve de la petite vérole; on la reconnaît aux signes suivans: en général on n'aperçoit aucun travail aux piqûres que du troisième au cinquième jour; il y a alors une petite rougeur et un peu d'élévation, qui augmentent jusqu'au sixième jour. Le septième, l'accroissement est plus marqué, et on aperçoit un petit bouton de couleur argentée, qui a une dépression ou enfoncement au centre, circulairement rempli d'une matière limpide, et qui est entouré d'un petit cerle rouge. Le huitième jour, la base du bouton devient tendue; le cercle rouge augmente, assez souvent avec gonflement: quelquefois le pouls s'accélère et la peau s'échauffe, et le bouton contient plus de matière: cet état augmente le neuvième et le dixième jour: le onzième, la rougeur diminue, le douzième, la dépression commence à noircir, le bouton devient ensuite d'un gris jaunâtre; il contient alors une matière qui ressemble à du pus. A dater du treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme en une croûte dure, brune, et enfin noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour. Telle est la marche de la vraie vaccine, la seule qui préserve de la petite vérole. La *fausse vaccine* ne préserve pas de la petite vérole, on la reconnaît aux caractères suivans: le travail commence le lendemain, quelquefois le jour même de la vaccination, il est accompagné de démangeaisons, il se forme aux piqûres une légère dureté, qui s'aplatit en s'étendant, et qui est recouverte d'une rougeur pâle et vergetée. A dater du deuxième jour, et avant le sixième, il s'est développé un bouton de forme irrégulière, qui s'élève en pointe, qui paraît contenir une matière jaunâtre, laquelle, en séchant, prend l'aspect de la gomme.

Si l'on a pratiqué la vaccination sur une personne ayant eu ou seulement soupçonnée d'avoir eu la petite vérole, il ne faut pas se servir du vaccin qu'elle produit, parce qu'elle pourrait donner la fausse vaccine. La fausse vaccine est produite ainsi: 1° par toute espèce d'irritation étrangère qui arriverait aux piqûres dans lesquelles on a introduit de la matière de vaccine vraie; 2° par l'introduction dans les piqûres d'une matière de vaccine trop avancée et ressemblant à du pus, ce qui arrive ordinairement du dixième au douzième jour.

On vaccine à chaque bras par deux ou trois piqûres superficielles, faites avec une lancette ou une aiguille, sur laquelle on a reçu une petite portion de la matière contenue dans les boutons d'un sujet vacciné depuis huit jours. Il suffit, pour extraire cette matière, de faire superficiellement de petites piqûres sur le bouton. On voit bientôt paraître, à la surface, des gouttelettes d'une matière limpide comme de l'eau: cette matière est le vaccin; on le tire originairement de boutons qui viennent au pis des vaches On peut le transporter dans des tubes, ou entre deux verres, ou sur la pointe d'une lancette ou d'une aiguille. Si la personne que l'on vaccine est bien portante, il est inutile de la préparer; si elle ne l'est pas, il faut rétablir sa santé. On peut vacciner à tout âge, même pendant la dentition, lorsqu'elle est sans accident, surtout si l'on redoute la petite vérole. On est quelquefois obligé de répéter la vaccination plusieurs fois, quand elle ne réussit pas, ce qui arrive rarement quand on vaccine de bras à bras, et quand le vaccin est pris du septième au neuvième jour. Quelquefois la vaccine ne se développe qu'aux sixième, septième et huitième jours, et même plus tard, c'est ce qui arrive plus particulièrement dans les temps froids. On a vu des piqûres commencer à travailler lorsque les autres, faites en même temps, commençaient à se dessécher: ces cas sont rares. La vaccine ne met point, pendant sa durée, à l'abri des autres maladies. Il peut arriver que, quelque temps avant ou même quelques jours après la vaccination, une personne ait gagné la petite vérole. Alors le vaccin n'ayant pas le temps d'empêcher cette maladie, la vaccine et la petite vérole marchent ensemble sans se

(1) Husson, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, in-8°, 3e édition. Paris, 1803. — *Instruction sur la vaccine*, publiée par le comité central de vaccine de Paris, en juin 1821.

confondre. Si une autre maladie survient, on la traitera convenablement, mais s'il ne se déclare aucun accident étranger à la vaccine, il n'y a ni médicament à donner, ni régime particulier à prescrire. Un seul bouton suffit pour préserver de la variole.

### De la varicelle.

La *varicelle*, *variolette*, *petite vérole volante*, *fausse petite vérole*, est une phlegmasie pustuleuse de la peau, dont la ressemblance avec la variole est quelquefois telle qu'on la confond avec cette affection. Le traitement qu'elle réclame étant celui de la variole légère ou discrète, nous n'y reviendrons pas ici, et nous nous bornerons à faire ressortir les différences qui existent entre ces deux phlegmasies.

La gastro-entérite qui précède l'éruption de la varicelle est peu intense et ne dure ordinairement qu'un jour : elle est plus vive dans la variole et dure trois à quatre jours. Les boutons de la variolette paraissent presque constamment dans les premières vingt-quatre heures, rarement le second, et plus rarement encore le troisième jour; ceux de la petite-vérole ne se montrent presque jamais avant la fin du troisième jour. L'éruption se fait sans ordre fixe dans la varicelle; elle commence même presque toujours par la poitrine, ou bien se fait sur toutes les parties du corps en même temps ; celle de la variole, au contraire, débute toujours par la face, et a constamment lieu dans l'ordre régulier de succession que nous avons indiqué. Dans la varicelle, les pustules, formées en vingt-quatre heures, sont sphériques à leur sommet, plus larges à leur corps qu'à la base; elles ne contiennent, même au point de leur plus grande maturité, qu'une lymphe blanchâtre et transparente, qu'elles laissent transsuder deux ou trois jours après leur sortie; après quoi elles se flétrissent, se dessèchent, et tombent en écailles à la fin du sixième, huitième ou dixième jour. Dans la variole, les pustules, apres avoir mis quatre à cinq jours à acquérir tout leur développement, sont déprimées dans leur centre; elles sont entourées d'une auréole rosée; la sérosité qui les remplit se convertit en une véritable matière purulente, exhalant une odeur nauséabonde particulière ; elles ne commencent à se dessécher que le onzième jour de la maladie, et ne tombent que vers le quatorzième ou quinzième jour. Dans le cours de la fausse petite vérole, il ne survient pas de gonflement bien sensible à la peau ; il est toujours très-marqué dans la variole, surtout à la face. Les trois périodes d'*éruption*, de *suppuration* et de *dessiccation* sont bien distinctes dans la variole ; au contraire, dans la variolette, ces périodes se confondent, en raison, d'une part, de la courte durée de la maladie, et, de l'autre, parce qu'il existe presque toujours en même temps, sur les différentes parties du corps, un mélange de pustules naissantes, de pustules mûres, et d'autres qui sont déjà desséchées. Après la chute des croûtes, la variole laisse sur la face des taches rouges qui s'effacent lentement : ces taches sont à peine marquées à la suite de la petite vérole volante, et s'effacent très-promptement. Enfin la variole est contagieuse, et il est plus que douteux que la variolette le soit; la vaccine préserve de la première et ne met pas à l'abri de la seconde; elle peut se développer régulièrement chez un individu qui a eu la variolette, et n'en est pas susceptible chez les sujets qui ont eu la petite vérole ; la varicelle n'a jamais de suites funestes, et la variole la plus discrète peut entraîner la mort.

La seule analogie qui existe entre ces deux affections, c'est qu'ordinairement elles n'attaquent l'une et l'autre qu'une seule fois le même individu dans le cours de sa vie. Quelques auteurs pensent que la variolette est contagieuse; ce serait alors un second point de ressemblance avec la variole.

### De la varioloïde.

On a décrit dans ces derniers temps, sous le nom de *varioloïde*, une inflammation pustuleuse de la peau, offrant des traits nombreux de ressemblance avec la variole, désignée par les anciens auteurs par le nom de *variole bâtarde*, *variolæ spuriæ*. Elle naît sous l'influence des causes qui produisent la variole ; se transmet comme elle par inoculation, mais seulement sur les sujets qui n'ont été ni variolés ni vaccinés ; elle préserve de la variole ; enfin elle ne paraît pas susceptible de se communiquer par contagion miasmatique (1). Ces premiers symptômes ressemblent à ceux de la variole; mais ses pustules sont plus coniques ; elles ne suppurent pas, se dessèchent tout à coup du huitième au dixième jour de la maladie, laissant une croûte, une sorte d'écaille jaunâtre qui tombe promptement, et au dessous de laquelle on aperçoit un tubercule dur, proéminent, qui met quelque temps à s'effacer. Cette maladie est rarement grave. Son traitement repose en entier sur les mêmes principes que celui de la variole.

### De la gale.

La gale est une phlegmasie cutanée, essentiellement contagieuse, consistant en des vésicules légèrement élevées au dessus du niveau de la peau, constamment accompagnées de prurit, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux, et occupant ordinairement les plis des articulations des membres, les intervalles des doigts, la poitrine et l'abdomen (2).

*Causes*. Elle peut se développer spontanément par la mal-propreté, et surtout lorsque des individus sont rassemblés en grand nombre, comme sur les vaisseaux, dans les camps, les casernes, les hôpitaux, les prisons, etc. Au sein des villes, ce sont presque toujours les misérables qui en sont atteints, et plus les hommes que les femmes, en raison sans doute de l'intempérance plus grande des premiers. On l'observe dans toutes les saisons; aucun âge n'en est exempt. Elle se communique le plus ordinairement d'un individu à un autre par

(1) Gendrin, *Mémoire sur la nature et la contagion de la variole et de la varioloïde*. *Journal de médecine*, mai 1827, pages 154 et suiv.

(2) Voyez *Dictionnaire de médecine et de Chirurgie pratiques*, en 15 volumes, article *Gale*, par M. Rayer.

le contact médiat ou par celui des objets touchés par un individu qui en est infecté, surtout lorsque les mains sont en sueur, et principalement encore lorsque ces objets sont des tissus de laine, de coton ou de soie. Quelques auteurs ont cru que la gale pouvait être épidémique, d'autres qu'elle était endémique dans certaines contrées; mais les épidémies d'éruptions vésiculeuses que les premiers ont observées n'étaient pas formées par celle qui nous occupe; et si, dans quelques pays, elle paraît endémique et se transmet de génération en génération, c'est parce que les habitans y croupissent continuellement dans la malpropreté. Jusque dans ces derniers temps on a cru que la gale était due à la présence d'un insecte (*acarus scabiei*) sous l'épiderme; plusieurs médecins et plusieurs naturalistes dignes de foi ont même décrit cet être microscopique; mais depuis quelques années d'autres observateurs, armés de meilleurs microscopes, ont fait de veines recherches pour le découvrir. Nous pensons que l'*acarus* naît spontanément dans les croûtes un peu anciennes de la gale, comme une foule d'êtres de la même espèce se développent dans le vieux fromage, et que la différence des résultats obtenus tient à ce qu'on a observé les vésicules de la gale à des époques et dans des circonstances différentes. La vésicule récente ne le présente probablement pas, tandis que, ancienne et convertie en croûte, elle l'offre sans doute quelquefois. Quant à la transmission de la maladie par l'insecte, elle dépend de ce qu'on transporte toujours avec lui une petite portion de virus. Il serait curieux de rechercher l'*acarus* dans toutes les irritations cutanées dont les produits portent l'odeur du vieux fromage. Puisqu'il ne diffère en rien, pris dans cette substance ou sur une vésicule de gale, il est probable que dans les deux cas il se développe par les mêmes lois et au sein des mêmes élémens organiques en putréfaction.

*Symptômes* et *marche*. La gale débute ordinairement par un prurit assez vif dans les parties qui ont été le plus directement contagiées; ce prurit augmente le soir et surtout la nuit, par la chaleur du lit, par les boissons spiritueuses et les alimens âcres. Bientôt paraissent quelques boutons à peine élevés au-dessus du niveau de la peau, d'une teinte rosée chez les individus jeunes et sanguins, incolores dans les circonstances opposées; ils gagnent les parties voisines, et l'on distingue à leur sommet les petites vésicules dont nous avons donné la description au commencement de cet article. La démangeaison est en rapport avec le nombre de ces vésicules; le malade ne peut la supporter lorsqu'elles sont très-nombreuses; il se gratte, les déchire avec les ongles, et le liquide visqueux qu'elles contiennent s'écoule et se concrète bientôt en petites croutes minces, légères et peu adhérentes. Quelquefois, chez les individus sanguins et robustes, ou qui abusent des spiritueux, les vésicules se développent au point de devenir de véritables pustules (*gale pustuleuse*). Lorsque les pustules de la gale dite *pustuleuse* s'ouvrent, elles laissent des ulcérations superficielles et ordinairement peu étendues, auxquelles on a donné le nom d'*ulcères psoriques* ou *galeux*.

La gale peut être confondue avec : 1° le *lichen simplexe*, éruption de *papules* ou de boutons pleins, solides, sans changement de couleur à la peau, sans vésicules, presque toujours situés sur le côté externe du bras et de l'avant-bras, à peine accompagnés de prurit, et non contagieux; 2° le *lichen urticatus*, éruption de papules plus saillantes et plus enflammées que les précédentes, sans vésicules, accompagnées de prurit incommode et brûlant, occupant ordinairement le cou et les côtés de la face, de peu de durée, et non contagieuse; 3° le *prurigo*, éruption ayant son siége ordinaire sur le dos, les épaules et les membres dans le sens de l'extension, et quelquefois chez les enfans, sur le côté du cou, et une grande partie de la face, dont les papules, presque toujours déchirées à leur sommet, sont recouvertes d'un léger caillot de sang desséché, causent un prurit âcre et brulant, et ne sont pas contagieuses; 4° l'*eczema rubrum*, dont les vésicules sont plus aplaties, plus animées et rassemblées en plus grand nombre que celles de la gale; elles ont ordinairement leur siége aux aisselles, aux parties génitales, au front, aux oreilles, etc., elles causent une sorte de cuisson générale qui n'augmente pas pendant la nuit, et ne sont pas contagieuses; 5° l'*eczema impetiginodes*, éruption dont les vésicules sont plus pointues que celles de la gale, se convertissent en pustules, occupent les bras, les mains, les cuisses, et le plus ordinairement la paume des mains et la plante des pieds, paraissent par groupes successifs et à marche isolée, suppurent, et se terminent par desquamation, produisent une démangeaison âcre et brûlante, enfin ne se transmettent pas par le contact; 9° l'*ecthyma vulgare* ou *psydracia*, éruption constamment sous forme de pustules peu nombreuses paraissant successivement, et de telle sorte que les unes se dessèchent tandis que d'autres commencent à peine à paraître, sans prurit, mais accompagnées d'une douleur lancinante qui se rapproche de celle du furoncle, enfin non susceptibles de se communiquer par contagion.

Lorsque la gale est ancienne, que les vésicules sont très-nombreuses et l'individu irritable, elle s'accompagne presque toujours de *gastro-entérite*, comme toutes les autres phlegmasies de la peau; et si cette phlegmasie interne devient intense, l'irritation cutanée s'affaiblit, s'efface et disparaît, on dit alors que la gale est *rétrocédée*. Toutes les phlegmasies des organes importans peuvent également produire cette *rétrocession*, à laquelle on attribue à tort le désordre dont elle n'est que l'effet. La gale existe quelquefois avec le *lichen*, l'*ecthyma*, des *furoncles*, l'*eczema*, la *syphylis*, les *scrophules* et le *scorbut*. Dans cette dernière complication, qui est assez fréquente, les vésicules prennent une teinte livide, et s'il survient des pustules, elles se couvrent bientôt de croûtes brunâtres.

*Durée*, *terminaisons et pronostic*. La durée moyenne de la gale est de douze à quinze jours; elle ne guérit jamais spontanément; lorsqu'elle n'est pas traitée, on la voit se perpétuer pendant des années entières. Jamais elle ne devient mortelle par elle-même; les exemples de terminaisons funestes ne s'observent que sur des individus at-

teints de maladies chroniques dans les organes intérieurs. C'est une maladie très-légère lorsqu'elle attaque des individus bien portans du reste; elle est plus grave, sans être dangereuse, quand elle attaque des individus affaiblis par des maladies antérieures, des excès, la misère, la malpropreté, etc.; enfin lorsqu'elle se déclare sur des hommes déjà atteints de quelque phlegmasie chronique, ou bien quand, pendant son cours, une inflammation aiguë d'un organe important survient, le danger dépend de ces maladies et non de la gale.

*Traitement.* Autrefois on saignait presque tous les galeux avant de les soumettre au traitement spécial; nous avons étudié dans un hôpital où cette coutume était conservée. Plus tard et dans ces derniers temps, on a eu recours, dès les premiers jours du traitement, aux moyens spéciaux, sans saignée ni préparation préalable. On sait aujourd'hui que chez les jeunes gens, et les individus sanguins, comme dans les cas où le prurit est très-considérable, lorsque les vésicules sont très-nombreuses et rapprochées, enfin dans les gales anciennes et accompagnées de vives inflammations de la peau, il est avantageux de débuter par une ou deux saignées du bras, quelques bains et l'usage des antiphlogistiques, tandis que dans toutes les autres circonstances on peut de suite mettre en usage les moyens que nous allons indiquer. Cependant nous devons dire que dans l'hôpital où nous avons vu, pendant plusieurs années de suite, saigner tous les malades indistinctement, le traitement entier durait rarement plus de dix à douze jours.

Le soufre est, sans contredit, l'agent le plus efficace contre la gale. On a varié de mille manières les formes sous lesquelles on l'a employé; nous ne nous arrêterons qu'aux principales. La plus simple est la *pommade soufrée*, qui résulte du mélange d'une partie de soufre sur quatre de graisse de porc. On l'emploie en frictions d'une once, au nombre de deux par jour, sur toutes les parties qu'occupe l'éruption. La plus expéditive, peut-être, est la *pommade d'Helmerick*, employée suivant sa méthode. Elle est composée de deux parties de soufre sur huit d'axonge et une de potasse purifiée. On commence d'abord par faire prendre au malade un bain savonneux, on lui fait faire ensuite avec cette pommade trois frictions d'une once chacune par jour, devant le feu, puis on termine par un second bain savonneux pour nettoyer la peau. Mais la préparation qui nous paraît la plus avantageuse sous tous les rapports, est la poudre de *Pihorel*, laquelle consiste dans du sulfure de chaux réduit en poudre grossière, auquel on ajoute une très-petite quantité d'huile au moment de l'employer. Chaque friction est d'un demi-gros de sulfure; on la pratique dans la paume des mains, et deux fois par jour. Les *bains d'eaux thermales*, *sulfureuses artificielles* sont surtout préférables chez les enfans. On obtient des guérisons très-rapides par les *lotions de Dupuytren*, qui sont faites avec la dissolution de quatre onces de sulfure de potasse, et au besoin de sulfure de chaux ou de soude, dans une livre et demie d'eau, à laquelle on ajoute une demi-once d'acide sulfurique. Les malades se lavent deux fois par jour avec cette dissolution, sur les parties occupées par les vésicules, jusqu'à ce que la dose soit achevée. Enfin on emploie aussi avec succès les *fumigations d'acide sulfureux*, à l'aide des appareils de MM. Galès et Darcet. Chaque fumigation résulte de la combustion de huit à douze grammes de soufre, à la température de 55 à 60 degrés (centigrades), et d'une certaine quantité de vapeur d'eau : sa durée doit être de trente à trente-cinq minutes.

Le mercure est, après le soufre, l'agent qu'on a le plus employé contre la gale. Il entre dans la composition de l'*onguent citrin*, de la *pommade de Werlhof*, et de la *quintessence antipsorique*. M. Biett a essayé le premier le *proto-iodure* et le *deuto-iodure de mercure*, et n'en a retiré aucun avantage; il en a été de même des lotions avec la dissolution de *nitrate de mercure*. Notre ami, le docteur Mélier, qui s'est livré à de nombreuses expériences sur le traitement de cette maladie, s'est convaincu qu'on la guérissait tout aussi promptement que par les moyens précédens, par des simples onctions avec l'huile camphrée; ce liniment calme très-rapidement la démangeaison. M. Delpech, de Montpellier, a prouvé tout récemment qu'on pouvait aussi guérir aisément la gale au moyen de lotions d'huile d'olive.

Enfin, on peut guérir cette maladie par des frictions avec l'axonge contenant un huitième de poudre d'ellébore, par les lotions avec les décoctions de tabac, de cévadille, de staphisaigre, etc.; mais on obtient de meilleurs effets de l'usage des pommades acides d'Alyon et de Crolius. Un morceau de linge fin, enduit de cérat simple, soufré ou opiacé, est le seul pansement qu'il convient d'opposer aux ulcères galeux; ils guérissent par l'effet du traitement administré contre la gale, dont ils ne sont qu'un symptôme.

Est-il besoin de dire que lorsqu'une phlegmasie gastro-intestinale complique la gale, tout traitement externe est inutile et même nuisible, excepté lorsqu'il existe des ulcères, tant qu'on n'a pas détruit l'inflammation interne par les moyens convenables? Enfin, après la disparition complète des vésicules, il reste encore à en prévenir le retour. A cet effet, il faut faire prendre des bains tièdes pendant quelque temps, désinfecter par la vapeur du soufre tous les vêtemens dont le malade s'est servi, surtout ceux de laine; changer fréquemment de linge, et s'abstenir d'alimens salés, épicés, etc., et de liqueurs spiritueuses.

Quant aux éruptions avec lesquelles nous avons dit que la gale pouvait être quelquefois confondue, il suffit ordinairement d'une saignée du bras ou de quelques sangsues à l'anus, d'un régime doux, et de l'usage d'une boisson délayante, pour les faire disparaître. Dans quelques cas cependant, elles résistent à ces moyens, et l'on est obligé d'avoir recours à la thérapeutique compliquée et presque toujours empirique des dartres. ( Voyez ci-après. )

### INFLAMMATIONS DARTREUSES DE LA PEAU.

#### De la dartre (1).

Un si grand nombre d'irritations cutanées ont

(1) Alibert, *Précis théorique et pratique sur les ma-*

été confondues sous cette dénomination, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Cependant ces phlegmasies ont plusieurs caractères communs qui permettent d'en former un genre à part, assez distinct de ceux que nous avons précédemment étudiés et de celui qui suit. Ces caractères sont : la rougeur ordinairement violette de la peau ; la nature de la sensation qui les accompagne, qui est toujours le prurit plus ou moins douloureux ; l'exsudation d'un fluide séreux, tantôt libre à la surface de la phlegmasie, tantôt renfermé dans des vésicules, des pustules ou des phlyctènes, et, dans tous les cas, se concrétant, pour se détacher plus ou moins promptement, sous forme de poussière, d'écailles ou de croûtes ; la fréquence du déplacement, qui a le plus ordinairement lieu par une sorte de reptation ; une marche lente en général, et ordinairement une sorte d'opiniâtreté, malgré les nombreux et puissans moyens dirigés contre elles. Sans doute tous ces caractères ne se trouvent pas constamment réunis dans toutes les dartres, mais le plus fréquemment il en est ainsi. Le premier surtout manque rarement, le second n'est pas moins constant, et c'est la fréquence du troisième qui a fait considérer la dartre comme une sub-inflammation par M. Broussais.

Les dartres sont-elles des inflammations *spécifiques?* On a souvent invoqué l'efficacité de certains médicamens pour prouver cette spécialité prétendue; mais il suffit de remarquer combien ces médicamens prétendus spécifiques sont nombreux, combien ils sont infidèles, et combien la méthode antiphlogistique leur est en général supérieure, pour se convaincre que les dartres ne diffèrent des autres phlegmasies cutanées que par les formes apparentes, et nullement par leur nature. Seulement, peut-être, l'inflammation dartreuse affecte-t-elle plus spécialement tel élément organique de la peau que tel autre : cela est probable du moins ; mais c'est à l'anatomie pathologique seule, et non aux spéculations stériles du cabinet qu'est réservée la solution de cet intéressant problème.

*Causes.* Il faut une prédisposition particulière pour pouvoir contracter des dartres, et, comme la plupart des prédispositions, celle-ci est inconnue dans sa nature ; il paraît qu'elle se transmet très-souvent par la voie de la génération, mais elle peut aussi être acquise. Elle est si grande chez certains individus, que la moindre égratignure est suivie d'une dartre. Les vieillards, les femmes à l'époque de la ménopause, et les tempéramens lymphatiques et nerveux réunis, y sont plus exposés que les autres individus. Toutes les inflammations pustuleuses de la peau peuvent prendre le caractère dartreux: on les voit souvent survenir aussi autour des cautères, des sétons ou des vésicatoires que l'on irrite depuis long-temps pour les faire suppurer. Enfin elles sont souvent communiquées par contagion.

Tout ce qui irrite directement ou indirectement la peau peut devenir cause de dartres. C'est ainsi qu'on les voit naître sous l'influence des grandes chaleurs de l'été et des climats brûlans du Midi, et même des fours d'où s'échappe une grande quantité de calorique; par l'effet de la malpropreté; par l'habitation au sein d'une atmosphère tenant continuellement en suspension des poussières irritantes, ou qui, s'attachant à la peau, s'opposent à la transpiration. Mais la source la plus féconde de ces maladies est dans l'usage des alimens irritans, et principalement de ceux qui sont salés, poivrés, fumés, fermentés, gâtés, ou bien grossiers, aqueux, indigestes. L'action de ce dernier ordre de causes est singulièrement favorisée par le chagrin, la colère, la terreur, les veilles prolongées, le coït excessif, et l'onanisme. Enfin, comme toutes les autres irritations, les dartres peuvent survenir à la suite d'une suppression de transpiration, d'hémorragie, ou de tout autre écoulement habituel. La syphilis en est une cause fréquente : on les observe assez fréquemment sur les individus atteints de scrofules, de gale ancienne ou de *scorbut.*

*Symptôme, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Les dartres s'offrent à l'observateur sous tant d'aspects divers, que, pour rendre leur étude plus facile, les pathologistes ont de tout temps cherché à en classer les nombreuses variétés, et à les séparer en groupes naturels; mais les efforts tentés jusqu'à ce jour dans ce but ont eu peu de succès, et plusieurs médecins en sont venus à penser que les prétendues espèces et variétés de dartres admises par les auteurs ne sont autre chose que des *degrès* plus ou moins élevés d'un même mode d'irritation cutanée, l'inflammation suivant les uns, la sub-inflammation selon les autres. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que la même dartre, farineuse au début, peut devenir successivement squameuse, crustacée et rongeante. Mais il faut avouer aussi qu'il semble exister entre certaines dartres d'autres différences que celles du degré d'intensité de l'irritation ; il reste donc des recherches à faire sur ce point de la science. Dans ce doute nous emprunterons à l'ouvrage de M. Alibert la classification suivante des affections dartreuses.

*Première espèce. Dartre furfuracée.* Elle consiste dans de légères exfoliations de l'épiderme, semblables à de la farine ou à du son, tantôt très-adhérentes à la peau, tantôt s'en détachant avec facilité, disposées sur la peau par plaques irrégulières, ou régulièrement arrondies, ou en cercle, formant un bourrelet dentelé au centre duquel la peau est saine. (*Dartre furfuracée arrondie.*) Quelquefois l'épiderme se détache sous forme de pellicules minces et irrégulières, et l'irritation se déplace avec une grande facilité. (*Dartre furfuracée volante.*) Dans tous les cas, il y a du prurit, et la peau se montre d'un rose vif après la chute des lamelles épidermiques. Le visage, la poitrine et les membres sont le siége ordinaire de ces affections ; elles paraissent souvent pendant les chaleurs de l'été, et s'effacent aux premiers froids.

*Deuxième espèce. Dartre squameuse.* Inflammation de la peau, suivie de l'exfoliation de l'épiderme en écailles plus larges que dans l'espèce précédente, et se détachant aisément et même spontanément. M. Alibert admet quatre variétés de cette

*ladies de la peau.*— Rayer, article *Dartre*, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, et *Traité*, déjà cité, *des maladies de la peau.*— Consultez aussi l'article *Dartre* du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales.*

phlegmasie, *squameuse humide*, *squameuse orbiculaire*, *squameuse centrifuge* et *squameuse lichénoïde*. La première a pour caractères, une exhalaison continuelle de sérosité ichoreuse, quelquefois très-abondante; la seconde est caractérisée par des écailles sèches et concentriques, qui tombent et se renouvellent successivement; elle occupe le plus souvent les régions malaires; la troisième a son siége dans la paume des mains, et consiste dans des cercles orbiculaires plus ou moins nombreux, qui s'agrandissent du centre à la circonférence, jusqu'à ce que la main soit dépouillée de tout son épiderme; enfin, la quatrième est caractérisée par des écailles dures, coriaces, blanchâtres, et par leur couleur et leur consistance analogues aux lichens des arbres. M. Rayer partage seulement cette phlegmasie en *aiguë* et en *chronique*, et nous adoptons cette division, beaucoup plus physiologique que la précédente. La *dartre squameuse aiguë*, *dartre vive*, *lichen ferox* débute toujours par les symptômes d'une inflammation aiguë et se prolonge quelquefois très-long-temps sous cette forme. La peau est rouge dans un ou plusieurs points, une chaleur âcre et brûlante s'y fait sentir, il s'y manifeste de petites pustules miliaires qui causent un prurit insupportable, se rompent ou sont déchirées par les malades, et laissent écouler un ichor âcre, d'une odeur analogue à celle de la farine échauffée, et quelquefois excessivement abondant. Puis la peau se gerce, se fendille, et l'épiderme tombe par écailles larges, humides et transparentes, qui se succèdent tant que dure la dartre. Le siége le plus ordinaire de cette phlegmasie est aux oreilles, au nez, aux lèvres, aux mamelons, à l'anus, au périnée, à la partie interne des cuisses, et on l'a vue s'étendre à toute la peau, et exciter d'horribles souffrances; on l'a vue aussi se propager aux diverses membranes muqueuses par les ouvertures naturelles. L'inflammation est quelquefois si violente, qu'elle est suivie de gangrène; parfois elle excite le tissu cellulaire sous-cutané, qui devient le siége d'une hydropisie active; enfin, à un certain degré, elle réagit sur les organes intérieurs, et principalement sur ceux de la digestion, elle est alors accompagnée des symptômes de la *gastro-entérite*. La dartre squameuse chronique est sans douleur; un peu de gêne et de tension existe seulement dans la partie, les écailles sont dures, épaisses et résistantes, elles affectent les formes que nous avons décrites en exposant les variétés admises par M. Alibert. Si elles sont nombreuses, elles peuvent exciter une *gastro-entérite* chronique sympathique.

*Troisième espèce. Dartre crustacée.* Les caractères de cette phlegmasie sont des croûtes jaunes, grises, blanchâtres ou verdâtres, de formes variées, succédant à de petites pustules à peine miliaires et légèrement aplaties, et se détachant pour faire place à d'autres, après avoir séjourné plus ou moins long-temps à la surface de la peau. Trois variétés de cette affection sont admises par M. Alibert, savoir, la *dartre crustacée flavescente*, la *dartre crustacée stalactiforme*, et la *dartre crustacée en forme de mousse*. La première se manifeste ordinairement sur le milieu de l'une ou des deux joues, aux points où elles se colorent dans l'état naturel; sa marche est le plus souvent aiguë. La seconde a son siége aux surfaces internes et externes des ailes du nez; elle commence par une rougeur vive, accompagnée de petites pustules, d'où s'écoule une matière jaunâtre et séro-purulente, laquelle s'épaissit, et prend cette forme qui l'a fait comparer aux stalactites. Enfin, la troisième, presque toujours chronique et de longue durée, occupant ordinairement les mains, les cuisses ou le visage, est caractérisée, à son début, par des boutons qui ressemblent à ceux de la vaccine au sixième ou septième jour, entourée d'une aréole d'un rouge vif, et offrant à leur centre une petite croûte granulée, d'un gris d'abord blanchâtre, puis verdâtre, et présentant l'aspect de la mousse des toits. Après quatre, cinq et six mois, ces boutons n'ont quelquefois que le volume d'un pois ordinaire, leurs croûtes sont comme enchâssées dans la peau, s'enlèvent difficilement, et laissent voir au dessus d'elles une sorte de bourgeon charnu proéminent et granulé. Ces trois variétés de dartres peuvent être aiguës ou chroniques, elles peuvent ulcérer la peau ou envahir le tissu cellulaire; il est rare cependant qu'elles fassent naître des phlegmasies sympathiques dans les organes intérieurs.

*Quatrième espèce. Dartre rongeante.* Phlegmasie circonscrite de la peau, ayant le plus souvent son siége au visage et quelquefois derrière les oreilles, surmontée d'un bouton pustuleux qui fournit un pus ichoreux et fétide, et suivie d'un ulcère rongeant qui détruit successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, et envahit même quelquefois jusqu'aux os. Elle commence ordinairement par une tuméfaction circonscrite de la peau qui paraît dure et inégale, avec rougeur des parties voisines, et prurit insupportable et bientôt douloureux. Une pustule ne tarde pas à paraître; elle s'ouvre, le tissu de la peau s'enflamme vivement et s'ulcère (*ulcères dartreux*), et il s'écoule une sérosité âcre et comme corrosive de cette ulcération, dont les bords se gonflent et se durcissent. Le pus se concrète à la surface de l'ulcère, qui gagne en largeur, et la croûte qu'il forme tombe et se renouvelle sans cesse. Peu à peu l'inflammation détruit successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, et détermine la carie des os; l'ulcère exhale une odeur fétide; les jambes du malade s'infiltrent, des sueurs abondantes et le dévoiement l'épuisent, et il ne tarde pas à succomber à ces causes réunies de destruction. Cette phlegmasie, dans ses dernières périodes, a beaucoup d'analogie avec les ulcères cancéreux; quelques médecins la croient héréditaire et contagieuse. M. Alibert en distingue trois variétés: la *dartre rongeante idiopathique*, qu'il nomme ainsi parce qu'elle survient sans cause apparente; et il pense qu'elle est le résultat d'une *dépravation particulière des humeurs*; la *dartre rongeante scrofuleuse*, qui se développe chez les individus *scrofuleux*; et la *dartre rongeante vénérienne*, qui est le résultat de la syphilis.

*Cinquième espèce. Dartre pustuleuse.* Elle a pour caractère d'être formée par des pustules plus ou moins volumineuses et plus ou moins rapprochées, se couvrant d'écailles et de croûtes légères, qui tombent et sont communément remplacées par des taches rougeâtres. Il existe, d'après M. Alibert,

quatre variétés de cette dartre; ce sont : la *dartre pustuleuse couperose* ou la *couperose*, la *dartre pustuleuse mentagre*, la *dartre pustuleuse miliaire* et la *dartre pustuleuse disséminée*.

La couperose consiste dans des pustules peu étendues, isolées, entourées d'une aréole rosée, plus ou moins dures à leur base, répandues sur le nez, les joues, le front, et s'étendant quelquefois sur les oreilles et les parties supérieures du cou. La suppuration s'y forme en général assez lentement; la peau finit par devenir dure au dessous d'elles, et forme ainsi les tubercules cutanés; elle s'injecte sur une grande surface, et conserve les traces de cette injection; elle se gonfle, prend une teinte rouge violacée; ses veinules se dilatent et se dessinent en bleu foncé sur la face, qui prend un aspect repoussant. Quand cette phlegmasie est bornée au nez, elle en augmente considérablement le volume, y fait naître des tumeurs plus ou moins volumineuses, et rend cette partie tout-à-fait difforme. Elle envahit quelquefois toute la face, les oreilles et même le cou; des symptômes d'irritation gastro-intestinale s'y joignent presque toujours alors. Assez fréquente chez les femmes, à l'âge critique surtout, et chez les hommes de trente à quarante ans, sanguins ou bilieux, cette phlegmasie est héréditaire. On a dit que le froid humide concourait à la développer, et l'on a donné pour preuve sa plus grande fréquence en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne que dans les contrées méridionales; mais nous croyons qu'elle est plus fréquente dans ces pays parce qu'on y abuse davantage des liqueurs spiritueuses et d'autres violens stimulans gastriques. Les excès de table en sont en effet les causes les plus ordinaires et les plus puissantes. La plupart des cosmétiques dont les femmes font usage la produisent quelquefois. Enfin, elle se développe quelquefois tout à coup, après une passion vive, comme la frayeur ou la colère : ou lentement à la suite de chagrins ou de passions concentrées. Il est en général difficile de la guérir.

La dartre mentagre, toujours située au menton, mais s'étendant parfois aux joues et à la région sous-maxillaire, consiste dans des boutons rouges, lisses, conoïdes, épars ou rassemblés, qui se développent successivement, causent une démangeaison très-vive, et suppurent dans l'espace de sept jours environ. Le pus en est jaunâtre, quelquefois blanchâtre, séreux et sanguinolent; un bourbillon dur et résistant suit son écoulement. Une inflammation plus ou moins considérable accompagne les boutons; souvent plusieurs éruptions se succèdent. Cette phlegmasie est rare chez les femmes, et très fréquente chez les hommes. Il est probable qu'elle doit la majeure partie de ses caractères à la différence qu'offre la peau dans les endroits où croissent les poils, et qu'une des causes qui la rend plus fréquente au menton qu'aux autres parties analogues, consiste dans les irritations répétées produites par l'action du rasoir et quelquefois par sa malpropreté. M. A. Baudelocque pense que cette dartre a son siége dans le bulbe des poils (1).

(1) *Recherches anatomiques et médicales sur la teigne faveuse*, par A. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans, etc. Paris, 1832.

La dartre pustuleuse miliaire consiste dans de petites granulations blanchâtres et luisantes semblables à des grains de millet, qui rendent la peau rude au toucher, quelquefois entourées d'une aréole rouge et enflammée, éparses ou réunies en groupes, non suppurantes, à l'exception de quelques unes d'entre elles qui suppurent à leur sommet, enfin à peine accompagnées de démangeaison. Elle se manifeste souvent à l'époque de la puberté, sur le front des jeunes filles, et au printemps chez les adolescens. C'est une maladie peu grave.

Enfin, la dartre pustuleuse disséminée est caractérisée par des boutons du volume d'un petit pois, coniques, assez semblables à de petits furoncles, durs et enflammés à leur base, situés ordinairement sur le visage et à la partie postérieure du thorax, accompagnés de peu de démangeaison, dans lesquels la suppuration s'établit lentement, qui suppurent enfin, se recouvrent d'une croûte mince, laissent sur la peau des taches d'un rouge sale, et sont souvent remplacés par d'autres. La peau et le tissu cellullaire sous-jacent sont souvent indurés au dessous des taches. Cette dartre ne s'observe ordinairement que chez les jeunes gens, les adultes, et les individus d'un âge mûr; elle dépend très-souvent de l'iritation des voies gastriques; on la voit se développer assez fréquemment aussi après la surexcitation des organes de la génération, surtout après la masturbation.

*Sixième espèce. Dartre phlycténoïde.* Elle consiste dans des phlyctènes de forme et de grandeur variées, produites par le soulèvement de l'épiderme, et remplies d'une sérosité ichoreuse, laissant après leur disparition des écailles rougeâtres. M. Alibert en admet deux espèces : la *dartre phyctènoïde confluente* (voyez *Pemphygus*), et la dartre *phlycténoïde en zone* (voyez *Zona*).

*Septième espèce. Dartre érythémoïde.* Cette phlegmasie est caractérisée par des élevures rouges et enflammées, qui se manifestent sur une ou plusieurs parties de la peau et se terminent à la longue par de légères exfoliations de l'épiderme. (Voyez *Erythème* et *Urticaire.*)

Quelques auteurs admettent encore d'autres espèces de dartres: nous citerons seulement la *dartre farineuse* et la *dartre laiteuse*. La première, qui se développe le plus ordinairement à la face, sur les sourcils et les bords libres des paupières, et quelquefois sur la région externe de l'avant-bras, de la jambe, et au genou, est caractérisée par la desquamation de l'épiderme, sous forme de poussière blanche; elle commence par de petits boutons imperceptibles à l'œil nu, et produit un peu de démangeaison et de chaleur à la peau. Lorsque cette dartre existe à la face, qu'elle en occupe une grande partie, et que la desquamation s'opère, le visage offre l'aspect de celui des meuniers ou des boulangers; elle attaque le plus souvent les individus qui ont les cheveux blonds ou roux, et est fréquemment produite par les rasoirs malpropres ou mal affilés. La dartre laiteuse consiste dans une éruption de papules sur toute la surface du corps, qui se convertissent rapidement en croûtes jaunâtres; elle ne diffère de la dartre crustacée flavescente que par les circonstances particulières au sein desquelles elle se développe. On la voit

ordinairement survenir tout à coup, après la suppression des lochies, à la suite d'une couche laborieuse, ou de la cessation brusque de l'allaitement. Très-souvent des douleurs de tête et des tintemens d'oreilles insupportables la précèdent; elle s'étend quelquefois sur la conjonctive et la membrane pituitaire.

Nous avons vu que les dartres qui sont accompagnées de beaucoup de douleur et de chaleur, celles qui sont pustuleuses ou croûteuses, produisaient assez souvent des ulcérations auxquelles on a donné le nom d'*ulcères dartreux*. En voici les caractères. L'ulcère dartreux est superficiel, son fond est d'un rouge pâle; sa circonférence, sinueuse et inégale, est entourée par un bord tranché et d'un rouge vif; et la peau qui l'environne est ordinairement le siège d'une éruption herpétique, qui conserve les caractères de celle à laquelle il a succédé; il est souvent indolent et stationnaire, quelquefois très-douloureux, et faisant des progrès rapides (*dartre phagédénique*).

*Traitement.* On a dit depuis long-temps qu'on pouvait juger de l'impuissance de l'art dans une maladie, par le grand nombre et la variété des moyens conseillés contre elle. Cette vérité trouve sa confirmation dans la thérapeutique des dartres. La seule liste des médicamens employés dans ces phlegmasies est effrayante. Nous n'espérons pas la faire complète; nous n'indiquerons même que les principaux agens qui la composent; après quoi nous essaierons de trouver quelques préceptes au milieu de ce chaos.

Le souffre, sous toutes les formes, à l'intérieur et à l'extérieur, tient le premier rang parmi ces agens; le mercure vient ensuite, puis l'iode, l'antimoine, les sucs de certaines plantes, telles que la douce-amère, la scabieuse, la pensée, la chicorée sauvage, la patience, la fumeterre, la bardane, le cresson, le trèfle d'eau; les bains tièdes, simples émolliens ou sulfureux; ceux de vapeurs, simples ou médicamenteux; les douches d'eaux sulfureuses; les lotions et les fomentations émollientes et narcotiques, avec les décoctions de mauve, guimauve, graine de lin, morelle, jusquiame, têtes de pavots; le lait, l'huile; les cataplasmes de même nature; les astringens, comme les dissolutions des sels de plomb, de cuivre, de zinc; les pommades adoucissantes ou irritantes; les lotions avec des liquides irritans, comme l'eau salée, la liqueur de Van-Swieten, l'eau spiritueuse de lavande, celle de Cologne; les vésicans sur la dartre même; la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure en dissolution, ou avec le feu; les purgatifs de toute espèce; les amers; les toniques; en un mot, presque toute la matière médicale.

Pour se livrer avec quelque espérance de succès au traitement des dartres, il faut toujours commencer par porter son attention sur quatre circonstances principales, savoir : l'intensité de l'inflammation, son ancienneté, les moyens auxquels elle a résisté, et l'état des voies digestives. Si l'inflammation est vive, récente, vierge de tout traitement, et les voies digestives, saines, les chances de réussite sont nombreuses par la méthode antiphlogistique pure; elles diminuent et le traitement peut réclamer quelques modifications, par l'absence d'une ou deux de ces conditions. Elles sont le moins nombreuses qu'il est possible dans les conditions opposées, et le traitement est presque toujours empirique.

Règle générale : il est avantageux de commencer le traitement d'une dartre quelconque par la méthode antiphlogistique, y compris les saignées générales et locales autour de la phlogose, si elle est intense; bornée aux émolliens et aux narcotiques en lotions, bains et cataplasmes, si l'irritation est moindre. Les révulsifs, tels que vésicatoires ou cautères, et les purgatifs à petites doses et long-temps continués, si les voies digestives sont exemptes de toute irritation, sont souvent associés avec avantage aux moyens précédens; enfin, dans les dartres chroniques et un peu vives, on a souvent recours avec succès à l'emploi des astringens appliqués sur la partie même où siége l'inflammation. Ces trois méthodes thérapeutiques, antiphlogistique, révulsive et astringente, sont rationnelles, et nous en retrouverons l'emploi dans toutes les phlegmasies possibles. Si nous y joignons celle qui consiste à changer le mode d'irritation, en appliquant sur la partie qui en est le siége un vésicatoire, un caustique liquide ou le feu, nous aurons fait connaître les quatre principales méthodes de traitement applicables aux dartres, et nous serons dispensés d'entrer dans les spécialités. Disons cependant que le soufre semble agir d'une manière particulière sur ces phlegmasies, et que son mode d'action est inconnu; mais souvent il est infidèle et même nuisible, et l'on a beaucoup exagéré son efficacité.

Un régime doux concourt efficacement à la guérison des dartres; il est surtout indispensable quand les phlegmasies accompagnent un certain degré d'irritation gastrique, qui est ordinairement annoncé par un appétit vorace; il l'est, à plus forte raison, quand elles dépendent de cet état des voies digestives, comme nous avons vu que cela avait lieu pour la plupart des variétés de la dartre pustuleuse; enfin il l'est encore, quand l'irritation cutanée fait naître une phlegmasie gastro-intestinale sympathique, ainsi que nous avons dit qu'il arrivait fréquemment; et, dans ce dernier cas même, la diète absolue, l'usage de acidules ou des émolliens, et les saignées locales épigastriques, peuvent être réclamées par l'intensité de la gastro-entérite.

Les ulcères dartreux n'exigent que des soins locaux, une extrême propreté et un pansement composé d'un linge fenêtré enduit de cérat auquel on donne les qualités médicamenteuses en rapport avec la nature du traitement général, et par dessus lequel on met un plumasseau de charpie sèche ou imprégnée de quelque liquide émollient, narcotique ou astringent.

### De la teigne.

La teigne est une phlegmasie chronique du derme chevelu, qui a de commun avec la dartre d'être accompagnée de prurit; de donner lieu à une exsudation plus ou moins considérable d'un fluide séreux, libre ou renfermé dans des pustules, et susceptible de se concréter, d'être lente dans sa

marche, et enfin de résister long-temps aux divers agens thérapeutiques. Les légères différences qui l'en séparent paraissent tenir uniquement à la texture particulière du derme chevelu, plus dense, contenant moins de tissu cellulaire et un bien plus grand nombre de bulbes et de poils que les autres parties de la peau sur lesquelles les dartres se développent.

*Causes*. Elles sont assez obscures. L'enfance en est presque exclusivement atteinte; cependant on l'a vue se déclarer quelquefois, mais très-rarement, chez les adultes et même chez les vieillards. La malpropreté et l'usage des alimens grossiers et indigestes paraissent concourir à son développement. On pense que les coiffures trop chaudes et excitantes, comme les calottes de laine sur la peau, en sont une des causes fréquentes. On croit aussi que les passions violentes, telles que la colère, chez une nourrice, peuvent faire naître cette maladie chez son nourrisson, s'il prend le sein immédiatement après qu'elle s'est livrée à son emportement. M. Alibert a observé un exemple de ce mode de production de la teigne; mais elle se transmet le plus ordinairement par la voie de contagion, sans être cependant toujours contagieuse.

*Symptômes et marche*. M. Alibert admet cinq espèces de teigne. Sans attacher la moindre importance à ces divisions, dont les bases nous paraissent peu solides, nous croyons devoir les reproduire ici.

*Première espèce. Teigne faveuse* ou *alvéolée*. Petits boutons pustuleux, accompagnés d'une vive démangeaison, contenant une matière purulente qui se dessèche en croûtes ayant la forme de tubercules arrondis, déprimés en godets à leur centre, relevés sur les bords, de couleur jaune grisâtre, lesquels s'accroissent, se réunissent en masses croûteuses, épaisses et informes, qui se renouvellent à mesure qu'on les enlève, et laissent voir au dessous d'elles le derme chevelu rouge et enflammé. L'odeur qui s'exhale de cette teigne se rapproche de celle du chat; les intervalles que laissent entre elles les croûtes sont continuellement recouverts d'écailles furfuracées; la peau se gerce quelquefois, et il suinte des crevasses qui en résultent une matière ichoreuse ou purulente et parfois corrosive. De petits abcès, épars çà et là, se développent assez souvent dans l'épaisseur du derme chevelu. Cette teigne, lorsqu'elle est négligée, produit promptement l'alopécie plus ou moins complète. Les poux semblent naître sous les croûtes. Enfin elle s'étend quelquefois au front, aux tempes, aux épaules, aux coudes, aux bras. M. Alibert dit l'avoir vue s'étendre depuis le haut des lombes jusqu'au sacrum, sur le devant des genoux, au tiers externe et supérieur des jambes, etc.

M. A. Baudelocque s'est livré à quelques recherches anatomiques pour découvrir le siége précis de la teigne faveuse; il pense qu'elle occupe exclusivement les follicules qui renferment le poil et sa membrane (*follicules* ou *canaux pilifères*), et non les follicules sébacés comme l'enseignent quelques auteurs, M. Mahon en particulier.

*Deuxième espèce. Teigne granulée* ou *rugueuse*. Dans celle-ci, les croûtes forment de petits tubercules irréguliers, inégaux, bosselés, de couleur grise ou brunâtre, sans excavation ni enfoncement à leur centre. Elle n'occupe ordinairement qu'un petit espace du derme chevelu, à la partie postérieure et supérieure de la tête, et les croûtes qu'elle y forme ressemblent quelquefois à des fragmens de mortier grossièrement brisé, ou à du plâtre tombé des murs et sali par l'humidité et la poussière; elles sont souvent très-dures et ont une consistance comme pierreuse. Une plus ou moins grande quantité d'écailles minces, sèches et furfuracées entourent ces croûtes. Lorsqu'on les enlève, on voit la peau, aux endroits qu'elles occupaient, lisse, polie, rouge, enflammée et souvent tuméfiée. On aperçoit aussi, çà et là, de petits abcès blanchâtres, superficiels, et dont le pus, en se desséchant à l'air, reproduit les croûtes. Quand celles-ci sont encore humides, elles ont une odeur analogue à celle du beurre ranci ou du lait qui commence à se putréfier, qu'elles perdent à mesure qu'elles se dessèchent. La teigne granulée reste presque toujours bornée au derme chevelu; elle s'étend rarement jusqu'au visage, et jamais plus loin.

*Troisième espèce. Teigne furfuracée* ou *porrigineuse*. Cette phlegmasie commence par une desquamation de l'épiderme de la tête, accompagnée de prurit et d'un suintement ichoreux, qui s'attache et forme, en se desséchant sur les cheveux, une quantité plus ou moins considérable d'écailles blanches ou roussâtres, semblables à du son ou à de la farine grossière. Elles se détachent aisément quand elles sont sèches, et laissent voir le derme chevelu lisse, poli, luisant, comme vernissé et de couleur rosée. Cette teigne s'étend quelquefois jusque sur le front et les sourcils, et rien ne la distingue, à ce siége, de la dartre furfuracée avec laquelle elle a d'ailleurs la plus parfaite analogie. Quand elle est sèche, elle est inodore; mais lorsque de petites vésicules ou de petites ulcérations l'accompagnent, le liquide visqueux qui en suinte a l'odeur du lait aigri ou corrompu.

*Quatrième espèce. Teigne amiantacée*. Elle est caractérisée par de petites écailles très-fines, d'une couleur argentine et nacrée, d'un aspect soyeux et chatoyant, lesquelles, en se concrétant, enduisent et unissent les cheveux par paquets et dans toute leur longueur, et ressemblent à la substance connue sous le nom d'*amiante*. Ainsi, comme la précédente, elle n'offre pas de croûtes. Elle est presque toujours sèche, n'exhale aucune odeur, et est accompagnée d'une faible démangeaison. Elle occupe ordinairement la partie antérieure et supérieure de la tête. Quand on coupe les cheveux, on voit la peau comme sillonnée, rouge et enflammée, mais moins que dans les espèces précédentes. M. Alibert a le premier signalé cette espèce, qui n'attaque presque que les adultes.

*Cinquième espèce. Teigne muqueuse*. Elle consiste dans des pustules ou des vésicules remplies par un liquide transparent coloré d'un blanc jaunâtre et tenace, suivies, après leur rupture, de petites ulcérations superficielles qui laissent suinter une humeur muqueuse semblable à du miel corrompu, collant les cheveux en masse et par couches. Quelquefois ce liquide, provenant des

pustules ou des ulcérations, se concrète en croûtes de couleur cendrée, jaunes comme de la cire, offrant même souvent une nuance verdâtre, ou bien d'un jaune paille mêlé d'une teinte rougeâtre. Il se forme quelquefois des abcès très-douloureux dans le cuir chevelu, ou bien le tissu cellulaire se tuméfie seulement par places, de manière à produire des bosses sur la tête, lesquelles s'affaissent insensiblement par la rupture des vésicules voisines. Les oreilles et les joues peuvent être atteintes par la phlogose et le gonflement; la démangeaison est alors extrême et augmente par le contact de l'air. La rougeur du derme chevelu est moins marquée dans cette espèce de teigne que dans les précédentes. Les cheveux tombent souvent.

Tels sont les symptômes particuliers à chaque espèce de teigne : l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, des épaules et des aisselles; la perte absolue des cheveux, ou leur remplacement par des poils blancs, mous, courts et lanugineux; l'inaptitude aux travaux intellectuels et aux exercices du corps, et quelquefois le marasme, sont les symptômes communs à toutes les espèces. Chez quelques individus, le développement du corps est arrêté, et l'enfance se prolonge jusqu'au delà de la vingtième année. Enfin, dans quelques cas, on a vu un liquide glutineux, semblable à celui qui s'écoule de la tête, suinter des ongles par la section. La teigne faveuse est la plus fréquente de toutes; la teigne muqueuse est à peu près aussi commune; mais la teigne granulée est rare; la teigne furfuracée, plus encore; et la teigne amiantacée, la plus rare de toutes.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La teigne est presque toujours d'une très-longue durée; quelques individus même la gardent toute la vie. Cependant elle entraîne rarement la mort, et quand cela arrive, ou bien c'est parce que, supprimée trop brusquement, l'inflammation s'est emparée d'un organe important; ou parce que, tenace et intense, elle a fini par faire naître une phlegmasie sympathique dans les voies digestives et quelquefois dans le cerveau; ou bien, enfin, par l'épuisement et le marasme produits par la continuité de la douleur et l'abondance du suintement ichoreux. Mais le plus ordinairement elle guérit spontanément ou par l'art. En général, c'est une maladie plus dégoûtante que dangereuse.

*Caractères anatomiques.* La peau est privée de son épiderme, et son tissu est rougeâtre et gorgé d'un fluide sanguinolent; le tissu cellulaire sous-cutané présente ordinairement le même aspect, les os eux-mêmes ont été trouvés rouges et augmentés d'épaisseur (Beauchêne). Au reste, il y a des recherches intéressantes d'anatomie pathologique à faire sur cette maladie.

*Traitement.* La difficulté que l'on éprouve à guérir la teigne a fait essayer et vanter une foule de moyens contre cette affection; mais il est à remarquer que ceux qui ont paru les plus efficaces sont les mêmes dont on vante les bons effets contre les dartres; ce qui tend à confirmer l'identité de ces affections. Ainsi, à l'intérieur, la pensée, la scabieuse, le trèfle d'eau, la chicorée sauvage, le cresson, le beccabunga, la patience, la fumeterre, la douce-amère, la bardane, etc., et, à l'extérieur, le soufre sous toutes les formes, sont encore les moyens qui comptent le plus de succès; les cautères, les sétons et les purgatifs à petites doses et continués, sont égalemement employés avec avantage comme révulsifs; enfin, un régime sévère n'est pas moins indispensable dans le traitement de la teigne que dans celui des dartres.

Mais la médication antiphlogistique, qui n'a point encore été employée contre cette affection avec toute l'énergie et la persévérance convenables, produirait sans doute d'excellens effets. La nature de la maladie, l'extrême lenteur de la guérison par les moyens réputés les plus efficaces, et les avantages que l'on a toujours retirés de l'emploi même momentané des émolliens, tout tend à faire croire que cette méthode, secondée par les révulsifs et le régime, procurerait la guérison de la plupart des teignes. Des autorités et des faits viennent à l'appui de cette opinion. Galien, Rufus et Rhazès prescrivaient tous les irritans; Avicenne se bornait à laver la tête avec de l'huile de roses ou de violettes; Ambroise Paré, Forestus et Gui de Chauliac ont conseillé la saignée; et, de nos jours, M. Alibert a produit un soulagement subit par une seule application de sangsues derrière les oreilles, et obtenu des guérisons complètes par l'emploi continu de linges trempés dans une décoction de guimauve. Enfin, de tout temps, avant de recourir à l'emploi de topiques irritans, on a recouvert la tête de cataplasmes émolliens pour détacher les croûtes teigneuses, et le malade a toujours été soulagé par ce moyen simple, sans qu'il soit venu à l'idée des médecins d'en continuer l'usage. On sait encore que la teigne guérit souvent, entre les mains des bonnes femmes, par les soins de propreté, l'emploi du beurre frais ou d'une calotte faite avec une vessie imprégnée d'huile.

Cependant il ne faut pas proscrire d'une manière absolue les topiques astringens, répercussifs, irritans, etc., auxquels l'art a dû de tout temps quelques guérisons. Mais ce qu'il faut faire maintenant, c'est d'en préciser les indications. Quand la douleur sera légère ou nulle, l'inflammation amortie et le suintement peu abondant ou presque tari, on pourra recourir à ces topiques; on le pourra d'autant moins que la maladie s'éloignera davantage de ces conditions; on s'en abstiendra avec soin dans les circonstances opposées. Le choix du topique ne saurait être non plus indifférent. Les plus énergiques seront réservés pour les teignes indolores, pâles, peu humides et circonscrites, *et vice versâ :* les astringens et les répercussifs sont dangereux, pour peu que le suintement soit considérable. Nous avons employé avec succès la dissolution de chlorure d'oxide de sodium de Labarraque à des degrés de concentration graduellement croissans.

Les principaux topiques irritans employés contre la teigne sont : les sulfates de cuivre et d'alumine, les cantharides, l'oxide de manganèse et la plupart des sels de mercure, y compris le sublimé, incorporés dans l'axonge; l'acétate de cuivre, l'acide nitrique, la pommade citrine, l'arsenic, le cobalte, le chlorure d'antimoine, la décoction de tabac, de ciguë; les cataplasmes faits avec la même plante ou

la morelle, la douce-amère, l'eau de chaux, l'eau de Goulard, la gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre et sous forme d'emplâtre, le charbon en poudre, et enfin le soufre. Ce dernier médicament paraît être le plus avantageux de tous ceux que nous avons énumérés. Nous ne parlons pas de la calotte de poix; ce moyen barbare est enfin abandonné.

Après la chute des croûtes de la teigne, on aperçoit ordinairement de petites ulcérations, quelquefois étendues en surface; souvent, au contraire, semblables à de petits pertuis qui traverseraient l'épaisseur du derme chevelu; leur siége et les plaques teigneuses qui les accompagnent en indiquent suffisamment la nature. Ces ulcères teigneux ne réclament pas d'autre traitement que celui de la teigne en général. Lorsqu'ils persistent, on les fait presque toujours assez promptement disparaître en les frottant avec l'extrémité du doigt enduite d'une très-petite quantité (gros comme un petit pois) d'une pommade composée de 0,98 d'axouge, et 0,02 de nitrate de mercure.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUQUEUX.

### Considérations générales.

Les membranes muqueuses tapissent toutes les cavités qui communiquent avec la peau par les ouvertures extérieures. Un tissu mollasse et spongieux, variable en épaisseur, depuis une extrême finesse jusqu'à un quart de ligne à peu près; disposé presque partout en cylindres creux; parsemé de villosités ou papilles dont la texture est en partie vasculaire et en partie nerveuse, renfermant, dans tous les points de son étendue, des glandes ou follicules dont la fonction est de sécréter un liquide auquel on a donné le nom de *mucus*, parcouru en tous sens par un très-grand nombre de vaisseaux sanguins qui en forment pour ainsi dire la trame; recevant des nerfs cérébraux et des nerfs ganglionnaires; contenant, outre les absorbans veineux, des absorbans lymphatiques; enfin, arrosé sans cesse par des fluides sécrétés par des corps glandulaires, dont les canaux excréteurs viennent s'ouvrir à la surface; les larmes, la salive, la bile, les urines, le sperme, etc., telle est en résumé la composition anatomique de ces membranes.

Continuellement en rapport avec les objets extérieurs, soumises à des influences très-variées, douées d'une grande activité vitale en raison du nombre considérable de vaisseaux sanguins et de nerfs qui les parcourent; théâtre de la plupart des principaux phénomènes de la vie, tels que ceux de la digestion et de la respiration, le rôle physiologique des membranes muqueuses devait être et est en effet des plus importans dans l'économie. On conçoit, d'après cela, qu'elles doivent être le siége d'une foule d'irritations, et c'est en effet ce qui a lieu. Les phlegmasies, les hémorragies et les névroses de ce système forment bien certainement les cinq sixièmes des maladies qui affligent l'espèce humaine. « Lui seul, a dit Bichat, dans « une nosographie où les maladies sont distribuées « par systèmes, doit occuper une place égale à « celle de plusieurs (1). » Qu'eût-il donc dit, s'il eût été alors démontré, comme aujourd'hui, que la plupart des *fièvres essentielles* sont des irritations des divers points de ce même système?

Si les membranes muqueuses sont, de tous les tissus du corps humain, celui dans lequel on observe un plus grand nombre d'irritations de toute espèce, et surtout d'inflammations, c'est un de ceux aussi dans lequel les caractères propres à l'inflammation se dessinent le mieux; les tissus cellulaire et cutané peuvent seuls être mis sur la même ligne sous ce dernier rapport. La *rougeur* surtout y est en général des plus marquées; depuis le rose vif elle peut aller jusqu'au brun. Tantôt elle occupe de grandes surfaces et est uniforme; tantôt elle est disposée par plaques, quelquefois régulières, mais ordinairement irrégulières; d'autres fois enfin par lignes, ou par zones, ou par points; elle ne manque jamais dans les inflammations aiguës; dans quelques cas rares, elle s'efface après la mort; dans les phlegmasies chroniques, elle est souvent peu prononcée, mais elle existe constamment. La *tuméfaction*, moins considérable que dans le tissu cellulaire, l'est davantage que dans tous les autres tissus, excepté la peau. On ne peut pas l'apprécier, il est vrai, pour les membranes muqueuses situées dans la profondeur de nos organes, mais on en juge par analogie avec ce qu'elle est dans les muqueuses visibles. La *douleur* n'est pas la même dans tous les points de ce système. Il est digne de remarque qu'elle est en général assez vive aux extrémités des membranes muqueuses, comme à la conjonctive, dans la bouche, au pharynx, au rectum, au gland, au vagin, etc., et obtuse dans les portions intermédiaires. Cette différence tient probablement à cette particularité anatomique signalée par Bichat, savoir que les origines du système muqueux reçoivent beaucoup de nerfs cérébraux, et à peine quelques filets provenant du trisplanchnique, tandis que les nerfs du système ganglionnaire prédominent sur les cérébraux dans les muqueuses pulmonaires et gastro-intestinales, celle des intestins ne recevant même aucun de ces derniers. Quoi qu'il en soit, dans aucun point de ces membranes, la douleur n'acquiert jamais une intensité comparable, toutes choses étant égales d'ailleurs, à celles des phlegmasies des systèmes cellulaire, séreux, fibreux, et même osseux: elle est en général sourde, gravative, et souvent même ne se fait pas sentir tant que la partie enflammée reste en repos. Il n'est pas rare de la voir manquer complètement. La *chaleur* est très-vive dans les phlegmasies aiguës de ce système: elle l'est beaucoup moins dans les chroniques, mais presque toujours assez pour être facilement perçue par les malades; quelquefois cependant elle ne se développe pas ou s'éteint.

Outre ces quatre phénomènes, communs d'ailleurs à toutes les inflammations, et modifiées seulement par la diversité des tissus, il s'en joint d'autres qui sont particuliers aux membranes muqueuses. Ce sont les suivans. La surface enflammée commence d'abord par se dessécher, et si des liquides doux peuvent y être déposés, ils sont ab-

(1) *Anatomie générale*, tome IV, page première.

sorbés avec la plus grande promptitude. Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'intensité de la phlegmasie et l'idiosyncrasie des individus, les follicules muqueux sécrètent un mucus inodore, limpide, séreux, salé, quelquefois âcre, et toutes les glandes dont les conduits excréteurs viennent s'ouvrir sur les points enflammés, versent en plus ou moins grande quantité et mêlent à ce mucus les produits de leur sécrétion. Peu à peu la consistance de celui-ci augmente; il devient opaque, blanc, laiteux, doux, sucré, puis diminue graduellement de consistance et de quantité, si la phlegmasie marche vers la guérison, et n'est bientôt plus sécrété que dans les proportions et avec les qualités normales; ou bien, si la phlegmasie a passé à l'état chronique, il continue à être formé, prend une couleur jaune, grise ou verte, et contracte une odeur fade ou fétide. Dans l'inflammation aiguë, il arrive quelquefois que ce liquide se concrète, s'étend en nappe sur la membrane, prend le plus ordinairement une apparence membraneuse, et finit même par s'organiser quelquefois, au moyen de vaisseaux de communication, avec la membrane muqueuse. Les vers naissent par un travail d'organisation analogue dans beaucoup de cas. ( Voyez *Productions morbides.* )

Tels sont les phénomènes locaux que l'on observe le plus ordinairement dans les phlegmasies des membranes muqueuses. Examinés après la mort, tous les points qui ont été le siége de l'inflammation sont rouges à divers degrés, depuis le rose vif jusqu'au brun; et cette coloration est uniforme ou arborisée, ou pointillée, etc. La membrane est en outre rugueuse, épaissie, et a perdu la plus grande partie de sa cohésion. Si la phlegmasie a duré un certain temps, il est rare que la membrane ne soit pas ulcérée, car aucun tissu ne s'ulcère aussi facilement. Enfin, les autres effets de l'inflammation des muqueuses sont, dans l'ordre approximatif de leur plus grande fréquence, les hémorragies, la dégénération gélatiniforme, les végétations, les excroissances, la perforation, le cancer et la gangrène.

De toutes les inflammations, ce sont en général celles des membranes muqueuses qui mettent en jeu le plus grand nombre de sympathies, et celles qui influent le plus promptement et le plus puissamment sur le cœur, la chaleur animale, et l'encéphale. Mais la plupart des phénomènes qu'elles provoquent varient avec le siége qu'elles occupent sur les divers points du système, et établissent de là sorte les différences entre chacune de ces phlegmasies, en deviennent les caractères propres, et ne peuvent par conséquent être décrits qu'avec elles. Nous arrêterons seulement l'attention, dans ces généralités, sur l'action remarquable qu'exercent les inflammations des membranes muqueuses sur la peau, les glandes dont les conduits excréteurs viennent s'ouvrir à leur surface, et les ganglions lymphatiques qui les avoisinent.

Nous avons déjà vu, en traitant des irritations cutanées, qu'elles étaient souvent accompagnées de l'inflammation de la membrane muqueuse digestive, que souvent même elles étaient sous son entière dépendance, et qu'elles s'exaspéraient ou guérissaient avec elle. Nous aurons plus d'une fois encore l'occasion de répéter cette observation, et de remarquer des taches rouges, livides ou pourprées, des boutons, des vésicules et des pustules cutanées, au nombre des symptômes de cette inflammation. Nous remarquerons aussi la chaleur âcre et la sécheresse de la peau, l'accompagnant constamment dans l'état aigu comme dans l'état chronique, tandis que nous verrons l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, aiguë et chronique, provoquer une chaleur douce et la sueur.

Chaque fois que l'inflammation a son siége dans une portion de membrane muqueuse où se trouve le canal excréteur d'une glande, l'irritation est aussitôt transmise à celle-ci par voie de sympathie, sa sécrétion augmente, et le produit de cette sécrétion est versé en abondance sur la surface enflammée. C'est ainsi que la bile afflue dans le duodénum et l'estomac phlogosés. Mais lorsque l'inflammation de la membrane muqueuse est très-violente, ou qu'elle se prolonge pendant longtemps, la glande peut finir par s'enflammer elle-même; et c'est même par cette voie que le foie, par exemple, reçoit la plupart des causes de ses phlegmasies.

Les choses se passent encore d'une manière analogue pour les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage des membranes muqueuses enflammées. Ces ganglions s'échauffent, se gonflent, rougissent, augmentent peu à peu de volume, puis pâlissent, se ramollissent à leur centre, et finissent enfin par devenir autant de petits foyers purulens. C'est absolument le même phénomène qu'à la peau. Le nombre des ganglions qui se développent ainsi est proportionnel à l'étendue de la surface irritée, et leur position correspond toujours aux points les plus directs de cette surface. Mais la rapidité avec laquelle ils parcourent leurs périodes jusqu'à la désorganisation n'est pas toujours dans un rapport constant avec l'intensité de l'irritation; elle est principalement accélérée ou retardée par les dispositions individuelles, l'idiosyncrasie des individus. Ainsi on voit des ganglions mésentériques engorgés, suppurer en six semaines chez un individu, et rester stationnaires pendant des mois, même des années, chez un autre placé dans les mêmes circonstances.

### DE L'INFLAMMATION DES MEMBRANES MUQUEUSES DES SENS.

Ces membranes sont celle de l'œil ou conjonctive, celle de l'oreille, celle qui tapisse les fosses nasales ou la pituitaire, et celle qui revêt l'intérieur de la bouche. On désigne les phlegmasies de ces membranes par les noms d'*ophthalmie, otite, coryza, aphthes, stomacacé*, etc. Il serait utile de remplacer le premier par le mot *conjonctivite*, le troisième par celui de *rhinite*, et les deux derniers par ceux de *buccite* ou *stomatite*. Quelques auteurs l'ont déjà fait, et nous les imiterons.

#### De la conjonctivite.

La conjonctivite est, comme l'indique son nom, l'inflammation de la membrane conjonctive; c'est

l'*ophthalmie* des auteurs. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

### Conjonctivite aiguë.

*Causes.* L'enfance et la vieillesse sont les époques de la vie où l'homme est le plus disposé à la conjonctivite; la femme en est plus souvent atteinte que l'homme. Toutes les professions qui exercent l'œil sur de très-petits objets et à une vive lumière, celles qui obligent les individus à vivre au sein d'une atmosphère tenant en suspension des poussières irritantes mécaniquement ou par leurs propriétés chimiques, ou bien au milieu de gaz irritans, ou exposés à un feu très-ardent; toutes ces professions, disons-nous, prédisposent à contracter cette phlegmasie. Les causes d'excitation continuelle auxquelles elles exposent les organes de la vue, suffisent même quelquefois pour les enflammer par la continuité ou la trop grande intensité de leur action. Elles produisent souvent cet effet d'une manière assez rapide lorsqu'elles agissent sur des individus inhabitués à leur influence. Les autres causes sont : l'introduction des corps étrangers sous les paupières, les coups, piqûres, brûlures et opérations sur ces organes ou sur l'œil lui-même, le renversement d'un ou plusieurs cils, les vapeurs irritantes, la fumée, la poussière, la réverbération d'une lumière solaire très-intense sur un sable brûlant; les couleurs éclatantes, comme le rouge, ou éblouissantes comme la neige, regardées pendant longtemps; un coup de vent frais sur les yeux ou sur une partie quelconque de la tête lorsqu'elle est en sueur; certains brouillards et quelques autres états inconnus de l'atmosphère; le froid humide sur les enfans nouveau-nés; l'extension à la conjonctive d'une phlegmasie aiguë ou chronique de la peau du visage; le virus vénérien; enfin, les causes inconnues de la *rougeole* et de la *scarlatine*. La conjonctivite est quelquefois aussi l'effet sympathique de la dentition ou des vers. Nous l'avons vue entretenue par une irritation gastrique.

*Symptômes.* Le premier qui se manifeste est assez fréquemment la sensation d'un corps étranger existant sous les paupières; quelquefois c'est un picotement, et d'autres fois de la chaleur et de la cuisson. Si l'invasion est brusque, elle est ordinairement précédée de frissons. Dans tous les cas, la conjonctive palpébrale et oculaire s'injecte, des vaisseaux sanguins nombreux se dessinent à sa surface, et bientôt, suivant l'intensité de l'irritation, elle offre une rougeur uniforme dans toute son étendue, ou bien n'est que sillonnée par des capillaires d'un rouge vif sans changement de couleur dans les intervalles. En même temps l'œil et les paupières sont le siége d'une chaleur brûlante et d'une vive douleur que la lumière augmente. Quelquefois la sécrétion des larmes est suspendue, et l'œil reste sec; mais le plus ordinairement elles coulent en abondance et inondent les joues qu'elles excorient dans quelques cas. Le sourcil est froncé, les paupières gonflées et fermées; le contact de la lumière est insupportable. Dans le plus haut degré d'intensité, la conjonctive se gonfle, se boursoufle, forme autour de la cornée un bourlet circulaire qui fait paraître cette membrane comme enfoncée (*chémosis*); la douleur et la chaleur sont excessives, et souvent le sang brise quelques vaisseaux et coule avec les larmes. Lorsque la conjonctive a ce degré de violence, la peau est chaude, le pouls fréquent et dur, les artères temporales battent avec force, la soif s'allume, l'appétit disparaît, des nausées et même des vomissemens se déclarent, le mal de tête et l'insomnie tourmentent le malade; et quelquefois, mais rarement, il survient du délire et des convulsions. Ces phénomènes sympathiques sont d'autant moins prononcés que l'inflammation oculaire est moindre et le sujet moins irritable, *et vice versâ*. L'inflammation peut s'étendre à tout le globe de l'œil; alors les douleurs deviennent inouïes, des battemens profonds se font sentir dans l'intérieur de l'organe, qui se tend, dépasse le niveau de l'orbite, et menace de se déchirer. Du sang et du pus se mêlent aux humeurs aqueuse et vitrée, qui en sont troublées, et quelquefois la cornée se déchire et l'œil se vide. Les symptômes généraux dont nous venons de parler accompagnent toujours cette inflammation que l'on a nommée *ophthalmie* interne; il s'y joint même quelquefois des symptômes d'inflammation cérébrale.

Nous ne décrirons pas les symptômes de la conjonctive légère : il est facile de s'en faire une idée. Mais nous devons signaler quelques différences introduites par la nature des causes qui la produisent, l'âge des individus, le siége de l'inflammation sur telle ou telle partie de la membrane, etc. Ainsi chez les nouveau-nés, la phlegmasie, très-vive au début, diminue promptement; elle est aussitôt suivie de la sécrétion abondante d'une matière puriforme; ce pus s'accumule sous les paupières, qui sont gonflées, fermées, et très-souvent agglutinées; on le fait sortir par la pression. Lorsque la phlegmasie est le résultat de l'infection vénérienne, soit chez l'enfant soit chez l'adulte, elle détermine un boursouflement considérable de la conjonctive et une suppuration abondante; elle est souvent très-douloureuse et menace l'œil d'une prompte destruction. En un mot, ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de la précédente; aussi plusieurs auteurs regardent-ils toute conjonctivite puriforme comme vénérienne. Cette opinion nous paraît trop exclusive, et, chez les enfans, cette forme qu'affecte la conjonctivite lui est commune avec toutes les phlegmasies des membranes muqueuses, qui s'accompagnent toujours à cet âge d'une beaucoup plus abondante sécrétion de muscosités que chez les adultes. Enfin, elle occupe quelquefois le bord libre des paupières et de la conjonctive, elle l'éraille, l'ulcère, et fait tomber les cils; telle est la conjonctivite des boutons varioliques et celle qui résulte d'une dartre.

*Marche, durée, terminaisons, et pronostic.* Comme dans toutes les phlegmasies, on a reconnu à celle-ci trois périodes; nous regardons ces distinctions comme superflues. Sa marche est subordonnée à l'intensité de l'inflammation, au mode de traitement employé, à la nature de la cause, etc.; il en est de même de sa durée. Terme moyen, elle dure de dix à quinze jours; mais elle se prolonge quelquefois pendant deux mois, sans perdre son carac-

tère aigu. Elle se termine par résolution ou par le passage à l'état chronique, ce qui est très-fréquent : elle est la cause ordinaire des taches de la cornée, désignées sous les noms de *leucoma* et *albugo*, du *staphylôme*, du *ptérygion* ; enfin elle peut s'étendre à tout le globe de l'œil, et en entraîner la désorganisation lorsqu'elle est très-intense et surtout lorsqu'elle occupe les deux yeux ; elle cause quelquefois la mort. La perte complète de la vue en est rarement la suite ; toutes les maladies de l'œil que nous aurons occasion d'étudier dans le cours de cet ouvrage peuvent en être les effets. Le pronostic varie avec ses causes et son intensité ; en général il est peu grave. Elle règne quelquefois épidémiquement, et ordinairement alors elle est intense ; dans quelques circonstances elle paraît avoir été contagieuse.

*Caractères anatomiques.* La rougeur, le gonflement et la rugosité de la conjonctive sont les caractères non équivoques de la phlegmasie de cette membrane.

*Traitement.* Si l'ophthalmie est violente, il faut débuter par faire une large saignée du bras ou du pied, et même la répéter si l'inflammation ne diminue pas promptement. Ce n'est ordinairement qu'après avoir mis ce moyen en usage que les saignées locales sont suivies de succès. On pratique celle-ci avec les sangsues, le plus près de l'œil possible, aux tempes, sur les joues, et derrière les oreilles ; ces saignées locales doivent être abondantes et répétées. On obtient presque toujours un prompt soulagement en plaçant deux ou quatre petites sangsues sur la conjonctive palpébrale. Mais un léger inconvénient suit assez souvent cette pratique. Les piqûres des sangsues laissent à l'intérieur de la paupière des cicatrices saillantes qui, pour peu qu'elles soient nombreuses, en gênent tous les mouvemens, ou tout au moins la font paraître comme bosselée à l'extérieur. Il est un moyen qui procure un dégorgement tout aussi rapide et n'offre aucun inconvénient ; c'est la rescision des vaisseaux engorgés, à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat, tout autour de la cornée ou dans les points où le boursouflement est le plus considérable. Les scarifications avec la pointe d'une lancette, un épi de blé, etc., augmentent beaucoup l'irritation, sans produire des avantages aussi marqués que l'opération précédente. En même temps on fait, plusieurs fois le jour, des lotions émollientes sur l'œil avec le lait, la décoction de mauve, de guimauve, etc., et l'on recouvre dans les intervalles cet organe avec des cataplasmes de mie de pain et de lait, de pulpe de pomme cuite, de feuilles de mauve, la décoction très-forte de têtes de pavots, etc. Pour prévenir l'agglutination des paupières entre elles, on place sur leurs bords libres un corps gras, tel que du cérat ; on doit en enduire aussi les joues, si les larmes trop âcres les excorient. Scarpa conseille, pour modérer l'excessive chaleur que le malade éprouve dans les parties enflammées, d'introduire avec la pointe d'un stylet, entre les paupières et le bulbe de l'œil, du blanc d'œuf frais ou du mucilage des semences de *psyllium* étendu dans l'eau de guimauve distillée. Si les cataplasmes ne peuvent être supportés, on les remplace par de petites compresses fines, trempées dans une décoction émolliente ; et si leur poids incommode encore, on laisse l'œil recouvert d'un simple bandeau qui ne le touche pas, et toutes les deux heures on l'expose à la vapeur émolliente peu chaude. Le malade doit être placé dans une chambre à peine éclairée, plutôt fraîche que chaude, avoir la tête serrée, être couché, garder le repos parfait, faire une diète sévère, prendre des boissons délayantes et des lavemens émolliens.

Tel est le traitement dont on ne doit pas se départir, tant que l'inflammation est dans toute sa violence. Lorsqu'elle est considérablement diminuée, que la chaleur et la douleur sont presque nulles, il faut cesser les émolliens, excepté dans les cas où l'on a rescisé les vaisseaux de la conjonctive, et les remplacer par les collyres astringens avec l'acétate de plomb (trois à quatre grains), ou le sulfate de zinc (cinq à six grains), dans cinq à six onces d'un mucilage ou de l'eau distillée de plantain ou de roses. Ces topiques sont employés froids de préférence, à moins que le malade ne puisse pas les supporter ; alors on les applique tièdes et on en diminue graduellement la température. A cette époque de la maladie, on doit, si elle résiste à ces derniers moyens, exercer une révulsion sur les voies digestives par les purgatifs doux et répétés, ou appliquer un vésicatoire au bras, ou mieux à la nuque.

Le traitement que nous venons de tracer reçoit quelques modifications, suivant la nature de la cause de l'inflammation et le siége qu'elle affecte. Ainsi lorsque la conjonctivite succède à la disparition subite d'un écoulement blennorrhagique, il faut joindre au traitement antiphlogistique le plus énergique des moyens capables de rappeler l'urétrite ; tels sont les cataplasmes au périnée, chauds et fréquemment renouvelés, les injections et surtout l'introduction d'une bougie dans l'urètre. Nous avons plusieurs fois employé avec succès des frictions avec un mélange à parties égales de cérat et d'onguent mercuriel sur les paupières des enfans atteints d'ophthalmie puriforme, surtout en les faisant précéder des saignées locales, et les accompagnant de lotions émollientes, d'infusion de sureau et de mélilot, de guimauve, etc. Quand l'inflammation occupe plus spécialement les cartilages tarses, et qu'elle produit des ulcérations, après l'avoir diminuée d'intensité, on a recours aux pommades de Janin, de Desault, de Régent, de Lyon, à l'onguent mercuriel, etc., dont on enduit toutes les parties enflammées et ulcérées. Dans ce cas, elle est presque toujours chronique. Lorsqu'elle est occasionée par la présence d'un corps étranger, on extrait celui-ci s'il est solide et insoluble ; on injecte des liquides mucilagineux, s'il est de nature à se dissoudre. Quand elle dépend de l'infection syphilitique, on fait succéder les mercuriaux au traitement antiphlogistique. Enfin, on pratique des injections émollientes entre l'œil et les paupières dans la conjonctivite produite par des boutons de variole, afin de prévenir l'adhésion de ces parties entre elles, et l'on administre de légers purgatifs, lorsque la desquamation commence.

### Conjonctivite chronique.

Sous cette forme, la conjonctivite a le plus ordinairement son siége sur la conjonctive palpébrale, et principalement sur celle de la paupière inférieure; elle occupe cependant assez souvent le globe oculaire lui-même.

*Causes.* Elle succède souvent à l'aiguë, et reconnaît en général les mêmes causes. Nous citerons cependant, comme les plus ordinaires, la variole, la rougeole, le virus syphilitique, les scrofules, une dartre, toutes celles qui résultent de la profession, l'état de grossesse, la dentition, certaines irritations des voies digestives, telles que celles que produisent la présence des vers, l'abus du café, des liqueurs spiritueuses.

*Symptômes.* Ils ne diffèrent de ceux de l'état aigu que par leur intensité moindre, ce sont encore: la rougeur et l'injection de la conjonctive oculaire et palpébrale, la chaleur, la cuisson et le larmoiement; fréquemment la conjonctive de la paupière inférieure est seule phlogosée; elle est gonflée, et, en la renversant, on la voit d'un rouge plus ou moins vif, uniforme, ponctué, ou coupé de lignes perpendiculaires très-régulières. Quelquefois le bord libre de la paupière est ulcéré, inégal et privé de cils; cela arrive, ainsi que nous l'avons déjà dit, à la suite de la variole, ou par l'effet d'une irritation dartreuse; une chassie plus ou moins abondante agglutine les paupières tous les matins.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la conjonctivite chronique est lente, et sa durée toujours longue; elle dure quelquefois plusieurs années; elle se termine par résolution, par le nuage ou *albugo*, et par les phlyctènes de la cornée. La gravité du pronostic est en raison composée de l'ancienneté de la phlegmasie, du nombre des moyens qui ont déjà été employés contre elle, de son étendue, des désordres qu'elle a opérés dans la partie, et de la nature de la cause qui l'a produite ou qui l'entretient.

*Traitement.* Lorsque la conjonctivite chronique est entretenue par la profession du malade, il faut avant tout qu'il y renonce; sinon tous les moyens qu'on tenterait pour en opérer la guérison resteraient sans effet. Il en est de même lorsqu'elle est produite par le renversement des cils ou la présence d'un corps étranger quelconque: on doit commencer par écarter ces causes; il suffit même très-souvent de cette seule précaution pour guérir la phlegmasie qu'elles ont fait naître; mais hors ces cas, la guérison n'est pas toujours aussi facile.

Pour peu que la conjonctivite chronique se rapproche de l'état aigu, et dans tous les cas où elle est vierge de tout traitement, il est convenable d'en tenter la cure par les antiphlogistiques, ne fût-ce que pour préparer les parties à mieux recevoir les stimulans auxquels on devra recourir plus tard. Mais en quelques jours on doit être fixé sur l'utilité ou l'impuissance de cet ordre de moyens, et y renoncer promptement ou les continuer suivant les résultats. Les astringens sont en général les médicamens les plus efficaces; on les fera donc succéder aux émolliens, si on a cru devoir commencer par l'emploi de ceux-ci; très-souvent on y a recours de prime abord. Parmi ces moyens et quelques autres stimulans utiles, nous citerons de préférence les collyres avec le sulfate de zinc ou l'acétate de plomb, les lotions avec la dissolution de deuto-chlorure de mercure dans l'eau de roses (de 12 à 48 grains par livre), le laudanum liquide, les pommades de Janin, de Desault, etc., le proto-chlorure de mercure réduit en poudre et insufflé dans l'œil lorsque la phlegmasie est syphilitique, enfin les vapeurs aromatiques et les bains d'eau très-chaude. Si des vaisseaux variqueux existent à la surface de la conjonctive, on les excise; c'est le meilleur moyen de prévenir et de guérir, s'il est déjà formé, le nuage de la cornée ou albugo.

En même temps qu'on emploie tous ces moyens locaux, il est presque toujours utile et souvent indispensable d'en seconder l'effet par les purgatifs légers mais continus, qui établissent une révulsion, pour ainsi dire permanente, sur les voies digestives, et par le vésicatoire ou le séton à la nuque. Si la conjonctivite existe avec une maladie vénérienne, le traitement antisyphilitique devient nécessaire. Quelques toniques à l'intérieur, un air sec et chaud, et une nourriture saine, doivent être prescrits, si le malade est affecté d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, s'il est, en un mot, scrofuleux. Enfin, quand la phlegmasie est entretenue par l'abus du café ou des liqueurs spiritueuses, ou par l'usage d'alimens âcres, salés ou fumés, ce n'est qu'après avoir éloigné ces causes qu'on peut espérer la guérison.

### Conjonctivite intermittente.

Les exemples de conjonctivite intermittente sont assez nombreux; c'est même la plus fréquente de toutes les phlegmasies extérieures offrant ce type. Ses causes sont celles de toutes les irritations intermittentes; ses symptômes, ceux de la conjonctivite continue; enfin on la guérit, par la méthode antiphlogistique pendant les accès, et surtout par le traitement anti-périodique dans leur intervalle.

## De la rhinite.

L'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales a été désignée par les auteurs sous les noms de *catarrhe nasal*, *rhume du cerveau*, *coryza*, etc.; on l'observe sous les formes continue, intermittente, aiguë et chronique.

*Causes.* L'impression du froid humide sur la peau et surtout sur la tête et aux pieds, le passage du chaud au froid, la suppression d'une transpiration habituelle, les vapeurs et les poudres irritantes, certains brouillards odorans, les coups et les chutes sur le nez, peuvent la produire. Les causes n'en sont pas toujours appréciables, et souvent cette phlegmasie survient sans qu'on sache à quoi l'attribuer; on pourrait presque affirmer, dans ce cas, qu'elle est le résultat d'un refroidissement inaperçu de la tête ou des pieds. La cause inconnue qui produit la rougeole et la scarlatine agit en même temps sur la membrane pituitaire, puisque ces affections sont presque constamment accompagnées de sa phlegmasie.

*Symptômes.* Ils consistent, au début, dans la sécheresse, la rougeur et le gonflement de la membrane, avec éternuemens, sentiment de pesanteur et de douleur gravative à la racine du nez, perte de l'odorat, quelquefois démangeaison des fosses nasales, enchifrènement et voix nasonnée. La membrane ne reste pas long-temps sèche; elle devient très-promptement le siége d'une sécrétion abondante, aqueuse, incolore, salée, et produisant par son âcreté l'excoriation de la lèvre supérieure au bord des narines. Peu à peu la matière de cette sécrétion s'épaissit; elle devient successivement blanche, jaune, verdâtre, et diminue en même temps de quantité.

Tels sont les symptômes les plus ordinaires de la rhinite; mais lorsque cette phlegmasie est très-violente, la douleur, qui semble avoir son siége dans les sinus frontaux, est très-vive, la tête est pesante; il y a quelquefois de la somnolence, et dans des cas excessivement rares, du délire; les tégumens du nez et des joues sont gonflés, rouges et sensibles; le malade ne peut plus respirer par le nez; les yeux sont rouges, injectés, pesans; et si l'inflammation s'étend jusqu'à la gorge et aux trompes d'Eustache, la déglutition de la salive est difficile, et il existe un peu de surdité, des bourdonnemens et des tintemens d'oreille; enfin, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe, et la soif s'allume. Il est rare que cette phlegmasie présente des symptômes aussi graves; souvent elle existe avec une bronchite; chez beaucoup de personnes elle est le signe précurseur de celle-ci. Chez les enfans à la mamelle, elle produit presque toujours l'impossibilité de respirer par les narines, et entraîne par conséquent celle de téter. L'enfant exécute bien une ou deux succions, mais il devient violet et abandonne précipitamment le sein en toussant; à l'exception de la toux, les mêmes phénomènes ont lieu si on lui met le doigt dans la bouche.

La rhinite chronique ne consiste souvent que dans un écoulement trop abondant du mucus nasal altéré : tantôt cette matière reste limpide, incolore et sans odeur, tantôt elle est épaisse, jaunâtre ou verdâtre et fétide; quelquefois elle est purulente, dans ce cas il y a ulcération de la membrane (*ozène*); à ce symptôme se joignent quelquefois deux ou trois de ceux que nous avons indiqués pour l'état aigu; les plus ordinaires sont l'enchifrènement, la voix nasonnée, les éternuemens fréquens et la perte de l'odorat.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* En général, cette phlegmasie marche rapidement et ne dure que quelques jours; mais il arrive quelquefois qu'elle se prolonge vingt, trente, quarante jours et plusieurs mois. Nous connaissons un individu qui porte un coryza depuis quatorze ans. Presque toujours elle se termine par résolution; toutefois elle est susceptible de tous les autres modes de terminaison des phlegmasies des membranes muqueuses, savoir : la suppuration, l'ulcération, la gangrène, et la dégénérescence lardacée ou cancéreuse. Les polypes des fosses nasales sont toujours les résultats d'une rhinite chronique; elle produit aussi l'ozène et la carie des os et des cartilages du nez, mais presque toujours alors elle est elle-même l'effet du virus syphilitique. Rarement cette affection entraîne des suites fâcheuses; presque toujours, au contraire, elle est légère, et n'attire que médiocrement l'attention même des malades.

*Caractères anatomiques.* Ce sont les mêmes que dans toutes les membranes muqueuses enflammées; par conséquent injection sanguine, épaississement et perte de cohésion, pour l'état aigu; et de plus, ulcération et dégénérescence lardacée après l'état chronique.

*Traitement.* On réclame rarement les secours de l'art contre cette affection, qui se dissipe le plus communément d'elle-même, ou par de simples précautions contre l'impression du froid. Un bain de pied très-chaud, ou une fumigation émolliente, ou une boisson diaphorétique, la guérissent presque toujours très-promptement. Mais lorsqu'elle est intense, des moyens plus puissans deviennent nécessaires; il faut avoir recours alors à l'application d'une sangsue à l'ouverture de chaque narine, à l'usage continu des boissons sudorifiques, des bains de pieds sinapisés et très-chauds, aux vapeurs de plantes émollientes et aux lavemens purgatifs. On doit prescrire, en même temps, une diète proportionnée à l'intensité de la phlegmasie et des désordres sympathiques qu'elle provoque; elle sera absolue dans les cas extrêmes. Lorsque la maladie s'est prolongée dans l'état chronique, on est quelquefois obligé de la combattre par les vésicatoires derrière les oreilles et à la nuque, par des bains de vapeurs de tout le corps, les fumigations aromatiques, et principalement par les purgatifs répétés, dont on retire en général de bons effets : les frictions sèches sur la peau ne doivent pas être négligées; il faut aussi préserver avec soin le malade du froid par des vêtemens de laine. Lorsqu'elle a produit l'ozène, les émolliens seuls conviennent, s'il n'existe pas de complication syphilitique : il faut y joindre le traitement général de la syphilis dans le cas contraire. Enfin, dans le coryza des enfans à la mamelle, on emploie les fumigations émollientes et quelquefois une petite sangsue à l'entrée des fosses nasales; pendant tout le temps que dure la maladie, on fait boire l'enfant à la cuiller. En un ou deux jours, elle est ordinairement dissipée, à cet âge (1).

### Rhinite intermittente

Les exemples de cette phlegmasie sous forme intermittente ne sont pas rares; elle ne présente aucune particularité dans ses causes, ses symptômes, ni son traitement, qui la distingue des autres phlegmasies intermittentes; elle ne diffère de la continue que par le type.

### De l'otite (2).

Sous ce titre, nous ne décrivons pas seulement

(1) Rayer, *Mémoire sur le coryza des enfans à la mamelle.*

(2) Deleau.—*Mémoire sur la perforation de la membrane du tympan pour rétablir l'ouïe*, 1822, in-8,—*L'ouïe et la parole rendues à H. Trézel.* 1825, in-8.—*Sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache et sur les*

l'inflammation aiguë de la membrane interne du conduit auditif, de celle du tympan et de la muqueuse de la caisse et de la trompe d'Eustache, nous y comprenons la phlegmasie chronique des mêmes parties, que M. Itard a décrite sous le nom d'otorrhée. Nous désignons la première sous le nom d'*otite aiguë*, la seconde sous celui d'*otite chronique* (1).

### Otite aiguë.

C'est l'inflammation de la membrane aiguë qui s'étend depuis l'orifice du conduit auditif jusqu'à l'extrémité de la trompe d'Eustache. L'otite est *externe*, si elle ne pénètre pas au delà de la membrane du tambour ; elle est *interne*, si elle occupe la caisse et la trompe. Elle est connue sous les noms d'*otalgie*, *catarrhe*, *abcès de l'oreille*, etc.

*Causes.* M. Itard regarde la disposition à contracter l'irritation des ganglions lymphatiques du cou ou les scrofules, et celle des membranes muqueuses, et les éruptions cutanées, comme des causes éloignées de l'otite. Le même auteur signale, parmi les causes déterminantes, une température froide et humide, l'exposition de la tête nue à un courant d'air rapide, la disparition d'une ophthalmie, la terminaison d'une maladie aiguë ; la présence dans le conduit auditif d'un corps étranger, du cérumen épaissi ou d'une concrétion gypseuse, les injections irritantes, l'emploi continu d'un stimulus électrique ou galvanique, la syphilis, les scrofules, la gale ou la variole, une dartre ou un érysipèle des parties environnantes, qui se propagent dans le conduit auditif.

*Symptômes et marche.* Ils diffèrent, suivant que l'otite est externe ou interne. La première débute ordinairement par une sorte d'anxiété dans le conduit auditif, bientôt remplacée par une douleur plus ou moins vive, laquelle s'accompagne de sifflement, de bourdonnement, et d'une lésion quelconque de l'audition. La membrane qui revêt le conduit est rouge et gonflée, et dans le plus haut degré de l'inflammation elle est boursoufflée et spongieuse. A une époque variable de la maladie, depuis quelques heures jusqu'à trois ou quatre jours, à partir de l'invasion de la douleur, il se fait par le conduit auditif un écoulement jaunâtre, puriforme et très-fétide, très-abondant, et précédé d'un suintement séreux, et quelquefois sanguinolent, si la douleur a été très-vive ; de consistance variable quelquefois dans la même journée ; au bout de quinze jours ou trois semaines, augmentant d'épaisseur, présentant la couleur, la consistance et l'odeur d'une matière caséeuse ; se tarissant enfin, pour faire place pendant quelque temps à une abondante sécrétion de cérumen. M. Itard nomme cette forme de l'otite, *otite externe catarrhale.* Si la phlegmasie se termine par un écoulement de matière puriforme, le même auteur la désigne, ainsi que les formes suivantes, sous le nom d'*otite externe purulente.* Cette suppuration est très-souvent la suite de pustules tantôt séreuses, tantôt purulentes, qui s'ouvrent et se recouvrent de croûtes jaunâtres sous lesquelles séjourne un pus excessivement fétide, toujours sanguinolent et entraînant au dehors les débris des croûtes. On observe souvent ces pustules jusque sur la conque et même derrière l'oreille. Lorsqu'un érysipèle se propage dans le conduit auditif, il y détermine souvent, dit M. Itard, des vésicules qui, dès qu'on les ouvre, se changent en véritables ulcères, et fournissent une suppuration de longue durée ; il occasione aussi une surdité plus ou moins complète. Enfin, quelquefois il se développe un abcès dans l'épaisseur même du fibro-cartilage, d'où résulte un ulcère fistuleux plus ou moins profond.

L'otite interne s'annonce par une douleur tensive dans l'intérieur de l'oreille, que le bruit et la mastication augmentent. Suivent bientôt des bourdonnemens, l'hémicrânie, des sifflemens douloureux, une céphalalgie qui fait dire au malade qu'il a un dépôt dans la tête, et la perte du repos et du sommeil, si l'inflammation est intense. On observe en même temps que le pouls est dur, fréquent et vite ; les yeux rouges et sensibles à une vive lumière, quelquefois une démangeaison incommode dans le fond de la gorge vers l'orifice de la trompe d'Eustache ; l'engorgement des amygdales ; des crachats épais, desséchés, quelquefois sanguinolens, et détachés avec beaucoup de peine de l'arrière-bouche : la sécheresse de la membrane pituitaire, et toujours une surdité complète. Ces symptômes, plus intenses que ceux de l'otite externe, ne suffiraient cependant pas pour caractériser l'interne, si l'on n'y joignait l'absence de phlogose dans le conduit auditif examiné à la lumière solaire, et la durée plus longue de la douleur jusqu'à l'excrétion purulente. Dans l'otite externe, en effet, nous avons vu que l'excrétion mucoso-purulente ne se faisait pas attendre plus de trois à quatre jours, et avait même quelquefois lieu quelques heures après l'invasion de la douleur ; dans l'otite interne, au contraire, la douleur se prolonge pendant plus d'une semaine sans qu'il se fasse d'écoulement, puis tout à coup la membrane du tympan se déchire et laisse échapper une matière liée, mêlée de stries sanguinolentes, très-abondante, et qui n'a été précédée par aucun suintement séreux. Quelquefois le pus s'écoule par la trompe, ou peu à peu, ou en masse : dans le premier cas, il s'annonce par un crachotement continuel de matière muqueuse, parfois d'un goût désagréable, et souvent difficile à détacher, surtout le matin ; dans le second, le malade rend tout à coup une assez grande quantité de matière puriforme, quelquefois sanguinolente, et qui détermine dans l'intérieur de la gorge un chatouillement et un embarras produisant souvent une toux fort incommode. La violence de la douleur, dans l'otite interne, est due à l'emprisonnement de la matière excrétée dans la caisse, et à

*expériences de* M. *Itard, mémoire qui démontre l'utilité de l'air atmosphérique dans le traitement de la surdité,* 1828, in-8.—Extrait d'un ouvrage intitulé : *Traitement des maladies de l'oreille moyenne qui engendrent la surdité,* 1830, in-8.

(1) *Traité des maladies de l'oreille, et de l'audition* par M. Itard, etc. Cet ouvrage est certainement une des meilleurs monographies qui aient été publiées depuis long-temps. Aussi, dans tout ce que nous dirons par la suite sur les maladies de l'appareil auditif, nous ne ferons, pour ainsi dire, que reproduire les opinions de ce savant confrère.

son reflux dans les cavités labyrinthiques et vers les cellules mastoïdiennes.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de l'otite externe est en général beaucoup moindre que celle de l'interne. L'otite externe se termine ordinairement par résolution, rarement par l'état chronique et l'épaississement de la membrane du tympan; elle se propage quelquefois à la membrane muqueuse de la caisse. L'otite interne entraîne d'abord presque constamment la rupture de la membrane du tambour: elle se termine très-souvent par l'état chronique; elle détermine fréquemment la carie du temporal; enfin, elle laisse presque toujours après elle une surdité plus ou moins complète et incurable; il est facile d'asseoir sur ces bases le pronostic de l'une et de l'autre.

*Caractères anatomiques.* On n'a pas eu d'occasions de les étudier encore; il est plus que probable qu'ils sont les mêmes que dans toutes les autres phlegmasies, et qu'ils consistent dans la rougeur, le gonflement et la perte de cohésion des parties qui ont été le siége de l'inflammation.

*Traitement.* Le traitement de l'otite est celui de toutes les phlegmasies, dit M. Itard; mais la saignée générale est beaucoup plus efficace que les saignées locales, qui ne procurent qu'un soulagement momentané. On doit y avoir recours, lors même que l'inflammation est légère, afin d'en tenter la résolution, qu'il est si important d'obtenir, surtout dans l'otite interne : à cet effet, on saigne dès le début de la phlegmasie. Tant que l'otite externe ne flue pas encore, on peut la résoudre par des injections avec une décoction de plantain, tenant en dissolution cinq à six grains d'opium; par l'introduction, dans le conduit auditif, d'un bourdonnet de coton enveloppant trois grains de camphre, et par un cataplasme de verveine derrière l'oreille. Mais si l'écoulement a lieu, il faut s'abstenir des narcotiques, et recourir aux adoucissans, aux émolliens, aux instillations de lait tiède, d'eau de guimauve miellée, aux vapeurs émollientes, et à l'application de cataplasmes de farine de graine de lin sur toute l'oreille et la région temporale. Lorsqu'on n'a pu obtenir la résolution de l'otite interne par les saignées, comme la douleur est entretenue par la présence de la matière sécrétée par la membrane enflammée, et qu'elle persiste tant que ce fluide purulent ne s'est pas fait jour au dehors, il est évident que c'est à procurer la prompte issue de ce liquide que tous les moyens doivent tendre. En conséquence, on essaie d'abord d'en faciliter l'écoulement par la trompe d'Eustache, en faisant gargariser le malade avec force, ou bien en lui faisant expirer avec effort de la fumée de tabac, la bouche et les narines étant maintenues fermées avec la main; mais ces moyens sont presque toujours insuffisans, et il faut se hâter de perforer la membrane du tympan, si l'on veut prévenir la surdité, qui est presque toujours la suite du séjour de la matière purulente dans la caisse. Cette perforation s'opère au moyen d'un stylet d'écaille que l'on enfonce à la partie antérieure et inférieure de la membrane.

Après cette opération, on pratique pendant quelques jours des injections émollientes dans l'oreille; ensuite on administre des purgatifs drastiques, dont l'aloès et la rhubarbe font la base; on cherche à produire un coryza à l'aide des poudres sternutatoires de muguet, de bétoine, de Saint-Ange, mêlées avec le tabac; et lorsque par ces révulsions on est parvenu à obtenir la diminution de l'écoulement, et qu'il ne reste que peu ou point de douleur, on a recours aux injections astringentes, principalement avec les eaux de Baréges artificielles. Lorsque l'écoulement est purulent, les injections émollientes, l'application réitérée de sept ou huit sangsues à l'auricule, et ensuite l'instillation d'une dissolution de deux gros de potasse caustique dans une pinte d'eau de roses, sont les meilleurs moyens à employer; mais ils sont impuissans, si le malade est en même temps atteint de scrofules, de syphilis, ou de dartres; il faut alors traiter ces maladies par les moyens qui leur sont propres: aussitôt qu'elles sont guéries, la suppuration se tarit ordinairement d'elle-même.

## Otite chronique.

C'est la phlegmasie chronique des mêmes parties dont nous venons d'étudier l'inflammation aiguë; elle comprend les deux espèces d'*otorrhée* créées par M. Itard : la *catarrhale* et la *purulente*.

*Causes.* Ce sont ordinairement les mêmes que celles de l'otite aiguë, à laquelle elle succède presque toujours. Il arrive quelquefois cependant qu'elle débute sous la forme chronique; et cela a lieu principalement lorsqu'elle remplace une conjonctivite, une urétrite ou une vaginite chronique; elle est quelquefois entretenue par la présence d'une concrétion, d'un corps étranger, ou d'une tumeur fongueuse dans le conduit auditif. Quand la matière de l'écoulement est purulente, il y a toujours carie de l'apophyse mastoïde ou du rocher.

*Symptômes.* Ici ne se présente plus la distinction de l'otite en externe et interne, parce que le conduit auditif et la caisse communiquent ensemble dans cette affection, par l'effet de la perforation de la membrane du tympan, qui a toujours lieu, soit que l'inflammation commence par le conduit, soit qu'elle débute par la caisse. Les symptômes consistent dans un boursouflement fongueux et uniforme du conduit auditif, accompagné d'un écoulement de matière muqueuse, dont la couleur, l'odeur et la consistance varient, comme il arrive dans toutes les phlegmasies chroniques. La quantité de cet écoulement, proportionnée en général à l'étendue de la phlegmasie, varie aussi, et souvent plusieurs fois, dans le cours de la même maladie; quelquefois même il se tarit tout à coup, soit que des croûtes desséchées en arrêtent le cours, soit que la membrane cesse de sécréter la matière qui le fournit. Dans le premier cas, cette matière perfore la membrane du tympan, si elle ne l'est déjà, s'accumule dans toutes les cavités qui aboutissent à la caisse, et surtout dans les cellules mastoïdiennes, enflamme toutes ces parties, excite de vives douleurs, détermine une véritable suppuration, et entraîne la carie de l'apophyse mastoïde ou du rocher. Dans le second cas, il survient, ou une conjonctivite, ou une affection

cutanée, ou un engorgement des glandes du cou, ou la tuméfaction du testicule, ou enfin une inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde ou du cerveau lui-même.

Aussitôt que la matière excrétée devient purulente, on peut être assuré que la carie commence; on n'en peut douter lorsqu'on voit le pus prendre une couleur sanguinolente, donner une teinte bronzée aux instrumens d'argent, et surtout entraîner des débris osseux. La carie occupe le plus fréquemment l'apophyse mastoïde : une douleur sourde se fait sentir dans cette région; elle augmente par la pression forte, et quelquefois un peu de rougeur et d'empâtement s'y manifestent. Lorsque ces deux derniers signes existent, il ne tarde pas à se former un petit dépôt froid, indolent, qui s'ouvre et donne issue à la matière purulente. Quelquefois le pus fuse jusqu'au-dessus de la clavicule, où il se réunit en dépôt.

Dans des cas malheureusement trop communs, la carie détruit successivement les cellules mastoïdiennes et le rocher; elle arrive enfin aux dernières lames de cette dernière portion du temporal du côté du cerveau, la dure-mère correspondante se décolle, s'enflamme et suppure, l'inflammation atteint les autres membranes et le cerveau lui-même, et le malade succombe après avoir présenté les symptômes propres aux phlegmasies de ces organes. Ces symptômes sont quelquefois chroniques : ils consistent alors dans une céphalalgie opiniâtre, que précède la diminution ou la suppression totale de l'écoulement; celui-ci reparaît plus abondant et quelquefois plus fétide, et la céphalalgie diminue à son tour. Après un plus ou moins grand nombre d'alternatives de ce genre, par l'effet d'un coup d'air, ou d'un excès de table, ou d'un traitement contraire, l'écoulement disparaît encore, et la céphalagie devient atroce. Dès lors, l'appétit et le sommeil se perdent, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère, le malade maigrit, son haleine est fétide, il tombe dans le marasme, et périt au milieu de mouvemens convulsifs survenus tout à coup; ou bien la maladie prend un caractère plus prononcé d'acuité, et le délire, la prostration, les anxiétés, les plaintes continuelles, et les mouvemens convulsifs des muscles de la face, précèdent la mort de quelques jours. A mesure que le terme fatal approche, l'écoulement diminue et finit par disparaître entièrement.

M. Itard nomme cette otite, *otorrhée cérébrale consécutive ;* il la nomme au contraire *cérébrale primitive* lorsqu'elle présente les symptômes suivans : céphalalgie continuelle, d'abord obtuse, puis vive, lancinante et atroce; pouls dur, fréquent, et ensuite quelquefois plus rare que dans l'état de santé, rougeur des yeux, tiraillement douloureux dans le fond de l'orbite, quelquefois contractions convulsives des muscles de la face, tension ou empâtement du cuir chevelu, sentiment de constriction sur toute la surface des os et du crâne, comme s'ils ne pouvaient suffire à contenir le cerveau; quelquefois lésion des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire; perte de l'appétit, du sommeil et des forces, enfin douleur dans l'une des deux oreilles, avec surdité, bourdonnement, et bientôt issue de la matière purulente par le conduit auditif. M. Lallemand, professeur à Montpellier, pense que l'otite est toujours primitive, et l'affection cérébrale consécutive : son opinion nous paraît fondée (1). La plupart des symptômes que nous venons de décrire appartiennent en effet plutôt à la phlegmasie de l'oreille qu'à celle du cerveau ou de ses enveloppes membraneuses.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La durée de l'otite chronique est indéterminable ; on en obtient rarement la guérison, qui même n'est pas exempte de dangers, et la mort en est assez fréquemment la suite. Nous avons indiqué ses terminaisons par des dépôts et la carie. Ajoutons-y l'oblitération du conduit auditif par gonflement du cartilage ou celui de ses tégumens, ou par adhérence de ses parois, les polypes, l'engouement cérumineux, résultat aussi fréquent d'une otite chronique indolore que de la malpropreté; la destruction de la membrane du tympan, son épaississement, enfin l'engorgement et l'obstruction de la caisse. Le pronostic en est toujours grave, puisqu'on ne peut presque jamais promettre la guérison, que la surdité plus ou moins prompte est presque inévitable, et que la mort en est souvent la suite.

*Caractères anatomiques.* Ce sont la carie de l'apophyse mastoïde et celle du rocher, que l'on trouve ramolli et vermoulu; quelquefois toute l'oreille interne est convertie en une seule et vaste cavité. Quand l'inflammation s'est propagée au cerveau ou à ses membranes, le rocher est perforé par la carie. la dure-mère détachée de l'os, recouverte d'une fausse membrane, ou épaissie, noirâtre, quelquefois perforée; l'arachnoïde et le cerveau présentent les lésions que nous ferons connaître en traçant l'histoire de leurs phlegmasies.

*Traitement.* Il se compose de moyens locaux et de moyens généraux, dont le concours est indispensable. Les toniques et les drastiques forment la base du traitement général, les exutoires et les injections celle du traitement local. Voici, d'après M. Itard, comment, en général, doit être dirigé l'emploi de ces moyens.

On commence d'abord par mettre, pendant quelque temps, le malade à l'usage des sucs d'herbes, à la dose de deux verres tous les matins; on donne en même temps pour boisson une infusion amère de chicorée, à laquelle on ajoute une demi-once de tartrate de potasse par pinte; puis ensuite on remplace cette tisane par une infusion de quinquina; enfin on prescrit de temps à autre des pilules de Backer jusqu'à effet purgatif. Après trois, quatre, et même six mois de traitement, on passe aux moyens locaux, qui sont de faire raser, frictionner, et envelopper la tête d'une calotte de taffetas gommé; de placer un séton à la nuque, et l'entretenir plusieurs mois encore après qu'on est parvenu à tarir l'écoulement, et s'il devient trop douloureux, le retirer, en convertissant ses deux ouvertures en cautères : enfin, de faire des injections dans l'oreille, avec de l'eau tiède d'abord, pure ou miellée; puis, quand l'écoulement diminue sans qu'il survienne de maux de tête ni de malaise,

(1) Voyez *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale et ses dépendances*, etc., 4e lettre.

avec une décoction de feuilles de patience sauvage dans laquelle on fait fondre un sixième en poids de miel rosat, ou bien avec le suc de la petite joubarbe cuite, et enfin, lorsque l'écoulement diminue de plus en plus sans accidens d'aucune espèce, avec les mêmes décoctions, auxquelles on ajoute par pinte, soit vingt-quatre grains d'alun, soit deux onces de *collyre de Lanfranc*.

On doit prendre les plus grandes précautions lorsqu'on emploie les injections; elles peuvent supprimer tout à coup l'écoulement et produire de graves accidens. Il faut surtout s'en méfier dans toutes les otites accompagnées de céphalalgie, si ce symptôme augmente chaque fois que l'écoulement diminue. Lorsque, par l'effet d'un coup d'air froid, d'une indigestion, d'une forte impression morale, ou d'injections astringentes prématurément employées, l'écoulement vient à se supprimer, M. Itard conseille, comme le moyen le plus efficace pour le rappeler, l'application sur l'oreille et toute la partie latérale de la tête, d'un pain sortant du four et dépouillé de sa croûte du côté où on l'applique. Ce médecin fait renouveler cette application toutes les trois heures, et injecter chaque fois dans le conduit auditif une dissolution de trois grains de deuto-chlorure de mercure dans huit onces d'eau tiède; il conseille aussi sur l'oreille l'application d'une ventouse. Il est évident que, lorsque l'écoulement est arrêté par un obstacle mécanique, tel que les croûtes purulentes ou des esquilles, ce dont on s'assure en examinant le conduit auditif, c'est à enlever cet obstacle que le médecin doit s'appliquer.

Cette double série de moyens convient également dans l'écoulement muqueux et dans l'écoulement purulent. Il importe beaucoup de recommander en même temps au malade la plus grande sobriété et l'usage d'alimens légers et peu nourrissans. Dans l'écoulement muqueux, on remplace avec avantage la décoction de quinquina par la solution d'extrait de camomille, à la dose d'une once dans une pinte de décoction de salsepareille. Dans l'écoulement purulent, il faut tenter en outre l'exfoliation des portions d'os cariées, et M. Itard dit avoir reconnu quelque efficacité au sirop de trèfle d'eau, donné à la dose de deux onces, matin et soir, dans une décoction de salsepareille. Cet habile médecin a pratiqué, dans ce dernier cas, des injections avec la dissolution d'une once de potasse par livre d'eau, et même avec cette dissolution plus concentrée; mais il recommande de n'y avoir recours qu'après avoir diminué la sensibilité des parties par des injections narcotiques, de les renouveler neuf à dix fois par jour, et de faire en sorte, par la position de la tête, que le liquide séjourne dans l'oreille. Il recommande encore la perforation du tympan, lorsque le pus ne peut se frayer une issue et que les accidens sont graves, et conseille d'en favoriser et entretenir l'écoulement par les vapeurs émollientes dirigées dans l'oreille.

Enfin, lorsque les symptômes d'inflammation sont violens, c'est-à-dire lorsque l'otite chronique s'élève à l'état aigu, ou quand l'inflammation se communique à l'encéphale, il faut employer les saignées locales, et surtout générales, abondantes et répétées, en même temps qu'on favorise l'écoulement de la matière purulente au dehors, par tous les moyens que nous avons précédemment indiqués. La mort du malade est imminente, toute hésitation serait ici dangereuse.

L'otite chronique qui est produite ou entretenue par le virus syphilitique cède en général assez promptement aux préparations mercurielles.

Nous avons dit que l'otite chronique entraînait souvent l'oblitération du conduit auditif, soit en déterminant le gonflement du cartilage ou celui de ses tégumens, l'adhérence de ses parois ou son engouement cérumineux, soit en y faisant naître des fongosités ; nous avons dit aussi qu'elle produisait parfois la destruction de la membrane du tympan, son épaississement, et l'engorgement et l'obstruction de la caisse. Ces désordres constituent des états morbides particuliers qui réclament des moyens spéciaux : il en sera question ailleurs (voyez *Obstructions*, *Productions morbides*). Nous dirons seulement ici, pour n'y pas revenir, qu'il faut faire porter continuellement un tampon de coton aux individus dont la membrane du tympan est détruite en totalité ou en partie, et qu'il faut au contraire perforer cette membrane lorsqu'elle est évidemment épaissie et que l'épaississement est assez ancien pour qu'on n'en puisse plus espérer la guérison spontanée.

### De la stomatite.

L'inflammation simple de la bouche, celle qui ne consiste que dans la rougeur, le gonflement et la chaleur de la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité; cette inflammation, disons-nous, est assez rare, si ce n'est lorsqu'elle accompagne les phlegmasies du palais, des amygdales, du pharynx ou du larynx; mais alors elle n'est pas la maladie principale. Quand elle existe isolée, c'est presque toujours sur les gencives et à l'intérieur des joues qu'elle a son siége. Mais s'il est rare de l'observer sous cette forme, il l'est beaucoup moins de la rencontrer sous forme de pustules grises ou blanches, d'abord convexes, puis s'aplatissant bientôt vers leur sommet, et se convertissant en petits ulcères arrondis, environnés d'un cercle rouge, ou bien se détachant par squames ou enfin s'effaçant par une sorte de résorption. On a décrit cette forme de la stomatite sous le nom d'*aphthes*, *muguet*, *millet*, *blanchet*, etc.

*Causes*. A moins qu'elle ne soit produite par un agent chimique ou mécanique, ou entretenue par la présence de dents cariées, la stomatite, que nous avons dit occuper plus particulièrement la muqueuse gengivale et celle qui tapisse les joues, est presque toujours symptomatique de l'état des voies digestives. Il en est surtout ainsi des *aphthes* ou du *muguet*; il est rare que cette affection ne dépende pas de l'irritation de l'estomac; peut-être même reconnaît-elle toujours cette cause. On remarque en effet que, très-fréquente chez les très-jeunes enfans, on la voit presque toujours se développer sur ceux que l'on gorge de bonne heure de bouillie, soit par défaut de nourrices, comme il arrive si souvent dans les hospices d'enfans trouvés, soit pour suppléer à un allaitement qui est ou que l'on croit insuffisant. Si, d'un autre côté, on

remarque que, chez les adultes, il est peu d'excès de table qui ne soit suivi du développement de quelques aphthes passagers, à moins que l'individu ne soit habitué à ces excès; si l'on veut bien faire attention que l'épidémie de *gastro-entérites*, décrite par Rœderer et Wagler sous le nom de *fièvres muqueuses*, était presque toujours accompagnée d'*aphthes*, comme nous le verrons par la suite; enfin, si l'on se rappelle que presque tous les observateurs s'accordent à en placer la cause, chez les enfans, dans *le défaut d'allaitement maternel*, *l'insuffisance*, *la mauvaise qualité du lait*, *ou les alimens qu'on lui substitue* (Sanponts, Underwood, Hamilton, Gardien, Capuron), on n'hésitera pas à admettre que cette phlegmasie pustuleuse est presque toujours produite par une irritation de l'estomac. Telle est notre opinion: toutes les causes d'irritation de ce viscère deviennent donc des causes indirectes des aphthes. Le froid humide paraît exercer une grande influence sur leur développement, puisqu'elles sont très-fréquentes dans la Hollande et la Zélande, et qu'on ne les observe presque jamais dans les pays chauds. L'usage habituel des boissons chaudes en est une cause fréquente.

*Symptômes.* La rougeur, le gonflement et l'augmentation de la chaleur et de la sensibilité de la membrane muqueuse buccale, la perte du goût, et quelquefois une salivation abondante, sont les symptômes faciles à constater de la stomatite simple. Quand elle occupe les gencives, celles-ci rougissent, se gonflent, deviennent très-douloureuses, saignent quelquefois à la plus légère pression, et très-souvent deviennent le siége de petits abcès qui parcourent rapidement leurs périodes jusqu'à la rupture. D'autres fois elles deviennent fongueuses (*épulies*), et forment des tumeurs qui saignent presque toujours lors de la mastication et parfois spontanément, et ne sont en général douloureuses que lorsqu'on les presse. La phlegmasie gengivale est quelquefois très-légère; mais la membrane s'ulcère très-promptement autour du collet des dents; l'ulcération ronge sans cesse, les dents se déchaussent et se recouvrent de tartre; une matière caséeuse sort de la gencive par la pression, la bouche exhale une odeur fétide. Dans des cas, fort heureusement très rares, la gangrène s'empare de la membrane buccale, et même du tissu cellulaire sous-jacent; cette membrane se détache en lambeaux noirs et infects à l'intérieur des joues, sur les gencives et les lèvres; les os maxillaires sont mis à nu; un ichor irritant découle des surfaces gangrenées, et, malgré toutes les précautions, passe dans le pharynx et l'œsophage, et enflamme toutes les parties qu'il touche; une affection gastro-intestinale ou cérébrale vient s'y joindre, et le malade ne tarde pas à succomber. Dans la dernière période du scorbut, lorsque les parois de la bouche, les lèvres et les gencives, infiltrées de sang et de sérosité, ont acquis un énorme volume, si l'inflammation s'empare de ces parties, une désorganisation rapide en est la suite presque immédiate, et des ulcères irréguliers, fétides, les détruisent. Enfin l'inflammation est quelquefois disséminée par plaques arrondies, d'un rouge brun, et plus ou moins douloureuses; des ulcérations très-sensibles, et dont le fond est grisâtre, l'accompagnent; on la regarde alors comme le résultat de l'infection syphilitique, mais elle offre assez souvent ces caractères sans être l'effet du virus syphilitique. C'est ce qui s'observe surtout à la suite de l'emploi prolongé du mercure. Souvent les médecins continuent alors le traitement anti-vénérien, et perpétuent ainsi un mal dont l'opiniâtreté les étonne et dont les progrès s'accroissent chaque jour, et qui eût promptement cédé aux antiphlogistiques et à la suspension des mercuriaux. On a donné le nom de *stomacacé* à toute ulcération de la bouche avec fétidité.

La stomatite pustuleuse ou aphtheuse consiste, avons-nous dit, dans de petites pustules grises ou blanches, rondes, superficielles, de la grosseur d'un grain de millet ou de chenevis, qui se développent sur les lèvres, les gencives, la partie interne des joues, la langue et le palais, et se propagent quelquefois ou naissent en même temps à la luette, aux amygdales, à l'œsophage, et, dit-on, jusque dans le conduit gastro-intestinal, dans quelques cas très-rares. Ces pustules soulèvent bientôt l'épiderme, s'ouvrent et s'ulcèrent graduellement du sommet à la base, et se terminent enfin par autant de petits ulcères arrondis, superficiels, grisâtres, et entourés d'un cercle rouge. La perte du goût, la chaleur de la bouche, la soif, et une salivation parfois très-abondante, sont les symptômes presque constans de la stomatite pustuleuse. Mais, suivant que l'irritation gastrique cesse ou persiste après qu'elle a fait naître les aphthes, qu'elle est légère ou intense; suivant que le nombre des pustules est plus ou moins considérable, qu'elles sont bornées à la membrane muqueuse buccale ou s'étendent au loin, que l'aréole inflammatoire qui les entoure est plus ou moins vive; enfin, suivant qu'on les observe sur de jeunes enfans ou des adultes, sur des sujets très-irritables ou qui le sont à peine, on conçoit que les symptômes doivent présenter des différences. Ainsi, ils seront purement locaux si l'irritation gastrique n'existe plus; on observera tous ceux des *fièvres essentielles* des auteurs, si la *gastro-entérite* persiste et est plus ou moins intense; des phénomènes cérébraux se manifesteront très-facilement chez les jeunes enfans, etc., etc. On sent qu'alors, sans négliger de combattre l'inflammation buccale, on doit surtout son attention à la phlegmasie des viscères intérieurs.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la stomatite est ordinairement assez rapide, et sa durée courte. Elle se termine en peu de jours par la résolution; cependant la membrane muqueuse de la bouche est peut-être celle de toutes les membranes de même nature, dont l'inflammation a plus de tendance à se terminer par ulcération: mais cela n'augmente en rien la gravité de ses phlegmasies, car elle est aussi celle où les ulcérations disparaissent le plus rapidement. Nous ferons remarquer à ce sujet, que ses ulcères ne laissant jamais de cicatrices, à moins qu'ils n'aient été très-étendus. Sur les gencives, l'inflammation buccale donne presque toujours lieu à de petits abcès: nous avons déjà dit aussi que des ulcères rongeans en étaient le résultat fréquent. La terminaison par gangrène est heureusement

très-rare ; elle entraîne souvent la mort. Chez les scorbutiques du dernier degré, la stomatite porte la désorganisation dans les parties infiltrées, ainsi que nous l'avons déjà dit, elle accélère par conséquent la perte des malades : mais ici elle n'est pas la maladie principale. Quelquefois, et cela arrive surtout lorsqu'elle est produite par l'infection vénérienne, elle est suivie d'ulcères profonds qui font des progrès continuels, mettent les os à nu, et en déterminent la carie. On voit, dans quelques cas, la dégénérescence cancéreuse succéder aux fongosités des gencives.

Les aphthes durent depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines : leur terminaison la plus fréquente est l'ulcération superficielle promptement suivie de guérison ; quelquefois ils sont accompagnés d'une excrétion de matière pultacée et d'un ptyalisme si abondant, que les malades sont jetés dans l'épuisement, et succombent au bout d'un temps plus ou moins long. Quand les aphthes sont blancs, ce qui est leur couleur ordinaire, ils suivent la marche heureuse que nous venons d'indiquer ; mais lorsqu'ils deviennent bruns ou noirs, on doit craindre une terminaison fâcheuse. Enfin, lorsqu'ils sont accompagnés d'angine, de gastro-entérite ou d'encéphalite, le danger qu'ils entraînent est en raison de l'intensité de ces phlegmasies ; car alors même qu'ils sont très-nombreux et entourés d'un cercle inflammatoire vif, ils ne compromettent l'existence qu'en déterminant l'inflammation des organes principaux, et surtout gastriques. Chez les très-jeunes enfans, ils peuvent cependant entraîner la mort sans l'une de ces complications, en rendant impossible la succion et la déglutition. Chez les adultes, ils ne sont ordinairement qu'un épiphénomène dans une affection plus grave, presque toujours une *gastro-entérite*. Enfin, chez les uns et les autres, ils se terminent quelquefois par gangrène, et entraînent la mort à leur suite.

*Caractères anatomiques*. Nous les avons indiqués parmi les symptômes ; nous ajouterons seulement que dans des cas extrêmement rares on a trouvé, dit-on, des aphthes semblables à ceux de la bouche, sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins. Mais il est probable que l'on s'est mépris, et que l'on a pris pour des aphthes le développement morbide des follicules sébacés. La forme pustuleuse de l'inflammation ne nous semble possible en effet que là où il existe un épiderme. Or l'épithélium finit avec l'œsophage, et si les aphthes sont de vraies pustules, la membrane muqueuse gastro-intestinale en doit être exempte.

*Traitement*. Il est rare que l'inflammation de la membrane interne de la bouche soit assez intense pour réclamer un traitement actif ; cependant on applique quelquefois des sangsues, au nombre de trois ou quatre, sur les gencives enflammées, ou en plus grande quantité au dessous de la mâchoire. Mais le plus ordinairement, des gargarismes émolliens et des vapeurs de même nature suffisent. Quand elle est peu intense, on peut même se borner à quelques lotions émollientes et acidules, dont on seconde l'effet par un ou deux pédiluves chauds. On prescrit en même temps les végétaux frais, le laitage, l'abstinence de la viande et de tous les stimulans, et l'on fait préparer les alimens sous forme liquide, pour éviter tout effort de mastication ; on y joint la précaution de les faire prendre le moins chauds possible, sans être froids. Lorsque l'inflammation a son siége dans les gencives, il faut plonger de bonne heure la pointe d'une lancette dans les petites tumeurs très-douloureuses qui s'y forment ; c'est le meilleur moyen de faire cesser les douleurs et l'inflammation elle-même. Quand il survient des plaques gangréneuses, on en facilite la chute par des lotions fréquentes faites au début, avec le miel rosat acidulé, et plus tard avec la décoction de quinquina, également acidulée avec l'acide sulfurique ; mais, dans ce cas, il est rare que la maladie soit bornée à la bouche : une gastro-entérite ou une encéphalite des plus graves l'accompagnent et réclament le traitement antiphlogistique le plus énergique. Lorsque les gencives deviennent fongueuses, si les tumeurs qu'elles forment ont un certain volume, on les enlève avec des ciseaux ou un bistouri (voyez *Productions morbides*) ; si elles sont peu prononcées, les moyens précédemment indiqués suffisent. On arrête très-promptement les progrès des petites ulcérations rongeantes qui détruisent les bords des gencives et déchaussent les dents, en les touchant légèrement une ou deux fois avec le nitrate d'argent fondu ; quant aux ulcères qui succèdent à la chute des escharres gangréneuses ou à l'excision des tumeurs fongueuses, ils guérissent assez promptement par le seul effet des émolliens. Ceux qui résultent de l'infection vénérienne, comme ceux qui sont produits par l'abus du mercure, cèdent en général assez promptement aux applications de sangsues à la gorge ou sous la mâchoire, et aux gargarismes adoucissans.

Le traitement de la stomatite aphtheuse est purement hygiénique quand elle est légère, et chez les enfans à la mamelle ; il suffit dans ce cas, pour la guérir, de placer l'enfant dans un local sec et chaud, de retrancher tous les alimens, de ne donner que le lait de la nourrice, et de changer celle-ci si on suppose que son lait soit de mauvaise qualité. Ces moyens suffisent encore, quelque nombreuses que soient les pustules, tant qu'elles ne s'accompagnent pas d'irritation gastro-intestinale ; on y joint seulement, surtout lorsqu'elles sont confluentes, des lotions avec le miel simple ou le miel rosat légèrement acidulé avec le vinaigre : et s'il n'y a pas de rougeur, avec le sulfate de zinc, le borax, les acides hydrochlorique ou sulfurique dans l'eau d'orge ou l'eau simple ; mais il ne faut employer ces derniers moyens qu'avec beaucoup de précaution. Si l'on s'aperçoit que les pustules brunissent et menacent de gangrène, on a recours alors aux décoctions de quinquina ou d'écorce d'oranger, acidulées comme ci-dessus, et camphrées quand la douleur est très-vive ; nous recommandons encore de ne se servir de ces médicamens qu'avec la plus grande circonspection. Les rubéfians de la peau, tels que la moutarde et les vésicatoires placés sur les extrémités inférieures ou sur le sternum, produisent d'excellens effets dans cette dernière circonstance.

On a conseillé l'usage du quinquina, du camphre, de la serpentaire de Virginie, de l'acétate d'ammoniaque, etc., contre les prétendues *fièvres*

*essentielles* qui compliquent quelquefois les aphthes, mais nous verrons bientôt que ces *fièvres essentielles* ne sont autre chose que des inflammations de viscères, et le plus fréquemment de ceux des voies digestives, et que le traitement stimulant, bien loin de convenir, est nuisible. Il est rarement nécessaire, il est vrai, de diriger un traitement antiphlogistique actif contre ces affections : mais c'est beaucoup d'éloigner les excitans et d'administrer quelques adoucissans ; dans quelques cas, on est cependant obligé d'employer les saignées locales. Les aphthes des adultes n'exigent presque jamais de médication : lorsque cela arrive, les moyens les plus simples parmi ceux que nous avons conseillés précédemment sont suffisans.

### *De l'inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes.*

Cette membrane s'étend depuis la glotte jusque aux dernières ramifications des bronches, et deux actes vitaux des plus importans, la transpiration pulmonaire et la conversion du sang noir en sang artériel, s'exécutent à sa surface. Continuellement en contact avec l'air atmosphérique, une partie de ses causes d'irritation lui viennent par cette voie ; mais la plus puissante et la plus ordinaire est le froid agissant sur la peau et diminuant son action transpiratoire. On sait qu'il existe entre ces deux surfaces un rapport d'action tel, que lorsque la transpiration de l'une diminue, celle de l'autre augmente pour y suppléer : ainsi la transpiration cutanée est abondante en été, et la pulmonaire faible, tandis qu'en hiver le contraire a lieu. Or il est facile de concevoir, que si la membrane pulmonaire est tout à coup ou pendant plusieurs jours de suite forcée à agir plus que dans l'état normal, ce surcroît d'action doive en exalter la sensibilité, y déterminer un appel plus considérable de sang, et l'enflammer : mais l'action étant réciproque entre les deux membranes, aussitôt qu'une étendue un peu considérable de la muqueuse pulmonaire est frappée d'inflammation, la transpiration cesse de s'y produire et la peau supplée et devient halitueuse. Aussi verrons-nous le refroidissement de la surface cutanée dominer sur toutes les causes des inflammations de la membrane muqueuse pulmonaire, et nous retrouverons la sueur comme symptôme assez constant de ses phlegmasies aiguës et chroniques.

Plusieurs parties de cette membrane peuvent s'enflammer isolément; telles sont celles du larynx, de la trachée, des principaux troncs et des dernières ramifications bronchiques. Nous tracerons donc successivement l'histoire de la *laryngite*, de la *trachéite*, de la *bronchite* et de la *pneumonite*.

### De la laryngite.

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le larynx : elle est aussi désignée sous les noms d'*angine laryngée*, et d'*angine membraneuse* ou *croup* chez les enfans. On l'observe sous les formes aiguë, chronique, continue et intermittente.

#### Laryngite aiguë continue (1).

C'est la forme la plus fréquente de cette phlegmasie. Elle attaque indifféremment tous les âges, les deux sexes et tous les tempéramens ; mais c'est presque exclusivement chez les enfans qu'on l'observe, lorsqu'elle est accompagnée de la production de fausses membranes, et plus fréquemment chez les garçons que chez les filles.

*Causes*. Elle reconnaît les mêmes causes que la palatite (*voyez* cette maladie), et de plus, l'exercice trop long-temps continuel de la parole, la déclamation outrée, les cris aigus et prolongés ou répétés, l'inspiration des gaz irritans ou d'un air trop chaud ou trop froid, enfin la progression plus ou moins rapide contre le vent et au milieu de la poussière. Le froid humide paraît être la cause la plus fréquente de la laryngite membraneuse ou *croup ;* aussi cette phlegmasie est-elle plus commune dans les pays septentrionaux, et principalement dans les contrées froides et humides, que dans les climats secs et chauds; on l'a vue régner épidémiquement pendant des saisons froides et humides.

*Symptômes*. La voix est toujours altérée dans cette phlegmasie ; elle est ordinairement rauque, et ce symptôme précède en général tous les autres. Il s'y joint bientôt de la toux, et la sensation incommode d'un corps arrêté dans le larynx, que le malade s'efforce de rejeter. La douleur augmente plus ou moins rapidement ; elle devient vive, s'accompagne de chaleur, s'accroît par la pression exercée sur le larynx et par le passage du bol alimentaire derrière cet organe. L'inspiration est souvent douloureuse et sifflante ; elle provoque la toux, et cette toux, qui semble, au dire des malades, déchirer la partie antérieure de la gorge, est sèche et rauque d'abord, puis devient aiguë et provoque la sortie d'un peu de mucus écumeux. Si l'on examine le fond de la gorge, l'œil ne découvre ni rougeur ni gonflement des parties ; cependant la respiration est courte et fréquente, le pouls est accéléré, la peau chaude, la face est rouge et exprime l'anxiété.

Chez les enfans, cette phlegmasie revêt souvent les mêmes caractères, elle en impose alors pour le croup ; mais souvent aussi elle prend un caractère et revêt des symptômes beaucoup plus alarmans. Après quelques jours de coryza ou de toux, de malaise et de chaleur, ou bien tout à coup, le plus ordinairement au milieu de la nuit, le jeune malade est pris de quintes de toux à secousses, s'accompagnant d'un bruit particulier, qu'on a comparé à l'aboiement d'un jeune chien, au cri d'un jeune coq, au son que produit l'air en traversant un tuyau d'airain, au gloussement de la poule, etc. Chaque inspiration est sifflante ou très-sonore ; l'expiration courte et difficile ; quelquefois on entend un frémissement qui semble produit par des mucosités agitées par l'air ; le la-

(1) Royer-Collard, article *Croup*, *Dictionnaire des Sciences médicales*. — Double, *Traité du croup*. — Desruelles, *Traité théorique et pratique du croup*. — Blaud, *Nouvelles Recherches sur la laryngo-trachéite*. — Bretonneau, *Des Inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la Diphthérite*. — Bricheteau, *Précis analytique du croup*.

rynx est douloureux. Bientôt le cou se tuméfie, la face se gonfle et devient rouge et violacée, ou reste pâle, ce qui est le plus ordinaire; le malade renverse sa tête en arrière, et porte souvent la main au larynx, comme pour arracher l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air; il est menacé de suffocation, surtout pendant les quintes de toux. S'il rejette par la toux ou les efforts de vomissement, beaucoup de mucosités ou des lambeaux de fausses membranes, ou une fausse membrane entière, tous les symptômes s'amendent jusqu'au point même de faire croire souvent à la guérison; mais ce calme, après avoir duré quelques heures, et quelquefois un jour ou deux, est suivi d'un nouvel accès, ordinairement plus intense que le précédent. Quand la maladie est parvenue à son plus haut degré, la respiration est très-accélérée, le pouls petit, fréquent, irrégulier, intermittent; la suffocation paraît imminente, l'anxiété est extrême, une sueur froide et visqueuse recouvre la tête et la poitrine, et le malade succombe. Enfin, lorsque la fausse membrane s'étend au loin dans les bronches, la face devient livide, les lèvres bleuâtres, le corps se refroidit, les inspirations deviennent de plus en plus rares, et le petit malade périt dans un véritable état d'asphyxie. Il est remarquable que, dans une affection aussi grave, les enfans n'aient que rarement des mouvemens convulsifs et jamais de délire. Très-souvent, au contraire des symptômes de gastro-entérite, tels que la sécheresse et la chaleur âcre de la peau, la rougeur de la langue et la sensibilité de l'épigastre accompagnent ceux que nous venons de décrire, et ajoutent encore à leur gravité.

Cette variété de la laryngite affecte rarement les adultes. M. Louis en a cependant rassemblé quelques faits dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie royale de médecine (1); mais l'affection a toujours commencé, dans ces cas, par les fosses nasales et le pharynx, pour de là s'étendre au larynx, de sorte que ces maladies ne peuvent pas être rangées parmi les laryngites membraneuses ou croups; elles appartiennent davantage à l'angine couenneuse ou palato-pharyngite. Au reste, c'est dans tous les cas une même inflammation, ici bornée au larynx, là s'étendant aux fosses nasales, au palais et au pharynx, et dans une autre circonstance envahissant toutes ces parties successivement ou en même temps.

Il existe entre ces deux groupes de symptômes des différences assez tranchées pour justifier les auteurs d'y avoir vu des maladies essentiellement différentes. La sécrétion abondante de mucosités s'organisant quelquefois en fausses membranes, qui accompagne les seconds et manque dans les premiers, établit des différences essentielles entre ces affections. Cependant elles se rapprochent ensuite par d'autres caractères. Ainsi, les causes, les symptômes à l'intensité près, le siége, la nature et le traitement de l'affection, sont fondamentalement les mêmes dans les deux cas. Mais la laryngite croupale est infiniment plus grave que l'autre. Sans doute, ce qui fait principalement sa gravité chez les enfans, c'est en grande partie l'étroitesse de la glotte, qui rend la suffocation toujours imminente aussitôt que la membrane enflammée a acquis un peu de gonflement ou qu'elle est tapissée par des mucosités épaisses et visqueuses, ou par une fausse membrane; mais chez les adultes aussi elle présente une gravité toute particulière, et l'on ne peut plus invoquer les mêmes circonstances pour s'en rendre compte; il faut donc bien que cela tienne à la nature même de la maladie. La présence de la fausse membrane est sans doute la principale cause du danger, puisque par le seul fait de sa présence elle entretient l'irritation de la partie, et qu'elle provoque en outre des efforts continuels de toux qui accroissent l'inflammation, mais cela ne suffit pas encore, ce nous semble, pour expliquer d'une manière complète et dans tous les cas les conséquences funestes de cette maladie, puisque la mort survient encore quelquefois après l'expulsion entière de cette production morbide.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de cette affection est en général assez rapide : la variété, que nous nommerons *laryngite croupale*, donne quelquefois la mort en vingt-quatre heures; elle présente aussi cette particularité, d'être rarement aussi franchement continue que la laryngite ordinaire; presque toujours elle offre de la rémittence, et souvent même elle revient par accès. En général, on obtient la guérison de la laryngite ordinaire en peu de jours, et son issue est rarement funeste lorsqu'il n'y a pas formation de fausses membranes. Elle passe quelquefois à l'état chronique, mais le plus fréquemment c'est par résolution qu'elle se termine. On l'a vue régner épidémiquement. Le pronostic de la première variété est rarement grave, celui de la seconde l'est toujours beaucoup; en général, il l'est d'autant plus, que le sujet est plus jeune, la gêne de la respiration plus grande, et la phlegmasie plus intense et plus rapprochée de la glotte, *et vice versâ.*

M. Desruelles (1) regarde comme des signes favorables dans la laryngite croupale : la rémittence, l'interruption de la voix croupale, l'absence des complications, le rejet facile des mucosités et des concrétions membraneuses. Il considère au contraire comme dangereux : la persistance des symptômes caractéristiques de la maladie, tels que la voix croupale, l'inspiration sonore, etc., les complications, une très-grande dyspnée avec raucité de la voix, une toux grêle, un pouls intermittent, des urines troubles d'abord et ensuite noires et fétides, l'absence des vomissemens après l'administration de l'émétique à forte dose, et enfin l'expectoration d'un tube membraniforme.

*Caractères anatomiques.* Peu d'occasions se sont offertes d'ouvrir des cadavres d'hommes morts à la suite de la laryngite ordinaire, parce que, comme nous l'avons dit, elle est rarement mortelle. On a toujours trouvé la membrane muqueuse qui revêt le larynx, rouge, gonflée, et l'ouverture de la glotte considérablement rétrécie; quelquefois on a rencontré dans les ventricules du larynx du sang noirâtre coagulé et quelquefois décomposé. Mais

(2) Voyez *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques sur plusieurs maladies.* Paris, 1826 in-8.

(1) *Ouvrage cité.*

à la suite de la laryngite croupale, on a pu faire de nombreuses autopsies cadavériques, et l'on a le plus ordinairement observé une concrétion membraneuse plus ou moins étendue recouvrant la glotte, le larynx, et se prolongeant souvent dans la trachée et au delà, et variable en épaisseur, depuis celle de la pellicule d'un œuf jusqu'à près d'une ligne, et en consistance, depuis celle de la bouillie jusqu'à celle d'un tissu très-coriace. Elle recouvre quelquefois, et d'autres fois elle est recouverte par un mucus blanc, verdâtre, presque puriforme. Au dessous d'elle, la membrane muqueuse est rouge et tuméfiée et pointillée de petites taches rouges. Dans quelques cas, on n'a pas trouvé de fausse membrane; mais le gonflement de la muqueuse était si considérable que l'ouverture de la glotte était presque oblitérée.

*Traitement.* Les saignées locales tiennent le premier rang parmi les moyens à opposer à cette phlegmasie. Elles doivent être employées promptement, avec énergie et persévérance, pour obvier au danger de la suffocation; et si même le danger est trop imminent, il faut employer concurremment la saignée générale pratiquée au bras ou au pied. Les cataplasmes émolliens, les boissons délayantes, une diète sévère, le silence absolu et les fumigations émollientes doivent être employés en même temps. Ce dernier moyen cependant a de grands inconvéniens qui dépendent de la chaleur du liquide en évaporation; cette chaleur augmente souvent le gonflement, et accroît par suite la difficulté de la respiration; on ne doit y recourir qu'avec beaucoup de circonspection, et élever le moins possible la température du liquide. Les ventouses scarifiées et les vésicatoires sur le larynx ou autour du cou ne conviennent guère que dans l'état chronique; les pédiluves chauds et sinapisés sont plus utiles, mais on ne doit en faire usage qu'après avoir diminué considérablement les symptômes inflammatoires par les évacuations sanguines, et sur la fin de la maladie. A cette même époque, on administre avec avantage les purgatifs, si les voies digestives ne sont pas irritées.

Ces règles de traitement sont applicables aux deux variétés de la laryngite; mais l'âge des malades et la présence des mucosités visqueuses ou de la fausse membrane dans la laryngite membraneuse croupale commandent quelques modifications. Les moyens de détruire la phlegmasie sont bien encore les mêmes; mais il faut en outre expulser les mucosités ou les fausses membranes qui gênent le passage de l'air. Après avoir en conséquence pratiqué les évacuations sanguines nécessaires, on administre les vomitifs, qui sont, pour ainsi dire, les seuls moyens de faire expectorer les enfans. On donne à cet effet l'ipécacuanha en poudre ou en sirop, ou l'émétique à la dose d'un quart de grain ou d'un demi-grain, et l'on y revient chaque fois que de nouvelles mucosités ou de fausses membranes se forment. Avant d'avoir recours à ces moyens, on doit essayer de provoquer le vomissement par le chatouillement de la luette, à l'aide de la barbe d'une plume et par quelques verres d'eau tiède; on doit surtout se borner à l'emploi de ces derniers, lorsque les voies digestives enflammées ne permettent pas l'ingestion d'un vomitif. Cependant, comme le plus urgent est ordinairement de désobstruer le passage de l'air, on ne doit pas craindre d'acheter cet avantage au prix d'une inflammation de l'estomac, lorsque la suffocation est imminente; quitte au médecin à traiter ensuite par les moyens rationnels la gastro-entérite qu'il a fait naître. En même temps qu'on emploie les saignées locales et les vomitifs, il est avantageux de recourir aux révulsifs. Les pédiluves chauds et sinapisés, les purgatifs et surtout le proto-chlorure de mercure (calomélas, mercure doux) produisent alors d'excellens effets; mais il ne faut pas oublier que les évacuations sanguines doivent toujours précéder l'emploi des uns et des autres, et que les derniers nuisent s'il existe une complication de gastro-entérite. Les vésicatoires conviennent dans les mêmes cas à peu près que les pédiluves; comme ils sont plus irritans cependant, il convient de les réserver pour les cas extrêmes, et lorsque ceux-ci sont restés sans effet. Chez les enfans faibles, exsangues, et chez lesquels les symptômes inflammatoires sont à peine marqués, on doit au contraire se borner aux vomitifs, aux purgatifs et aux révulsifs, et se dispenser d'avoir recours aux saignées locales.

Nous ne rappellerons qu'on a proposé et employé contre cette phlegmasie les préparations mercurielles, le polygala senega, l'oxymel scillitique, les hydrosulfures d'antimoine, l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque, le carbonate de potasse, et le sulfure de potasse ou de soude, que pour ajouter que ces moyens sont aujourd'hui tombés dans un juste oubli. Quant à la bronchotomie, qui a été pratiquée dans quelques cas de suffocation, elle ne compte qu'un petit nombre de succès, puisqu'elle n'a réussi que trois fois encore entre les mains de MM. Bulliard, Bretonneau, Senn, bien que tentée par un grand nombre de praticiens. Cependant ce n'est pas un motif de la proscrire d'une manière absolue; dans un cas extrême, il vaut encore mieux la tenter que de rester spectateur oisif de la mort du malade.

### Laryngite chronique.

Nous comprenons sous cette dénomination l'état chronique de la phlegmasie que nous venons de décrire sous forme aiguë, savoir: la *phthisie laryngée* et l'*œdème de la glotte* des auteurs.

*Causes.* Ce sont les mêmes que celles de la laryngite aiguë, à laquelle elle succède quelquefois.

*Symptômes.* La raucité de la voix ou l'aphonie, ou bien ces deux symptômes alternativement, une douleur fixe au larynx, qu'augmentent la pression avec la main, l'inspiration d'un air froid ou trop chaud, et la déglutition d'alimens solides; une petite toux que le malade sent distinctement être provoquée par cette même douleur, ou par une sensation de picotement au larynx, rarement accompagnée d'expectoration, quelquefois cependant suivie de crachats muqueux et écumeux difficiles à détacher; un sentiment de chaleur dans la partie, et quelquefois un peu de dyspnée: tels sont les symptômes ordinaires de la laryngite chronique, primitive ou consécutive à une laryngite aiguë.

Lorsque ces symptômes durent depuis quelque temps, que les crachats, toujours rares et difficiles à arracher, contiennent dans leur centre une gouttelette de pus, que tous les soirs ou pendant la nuit, la gorge se sèche, la soif s'allume, la peau s'échauffe, et le pouls s'accélère, enfin, que le malade maigrit et tombe dans le marasme : c'est qu'alors la membrane muqueuse du larynx s'est ulcérée, et que la carie s'est emparée des cartilages : la maladie prend le nom de *phthisie laryngée*. Elle survient fréquemment dans la période avancée de la phthisie pulmonaire; quelquefois, mais plus rarement, elle la précède.

Quelquefois, à la suite des premiers symptômes énumérés, d'autres fois en même temps que les seconds, rarement et peut-être jamais sans avoir été précédés des uns ou des autres, les phénomènes suivans se manifestent. Le malade se plaint d'éprouver dans la gorge la sensation d'un corps étranger, et il fait des efforts fréquens de déglutition pour l'avaler; il ressent aussi le besoin de se débarrasser de mucosités qui lui semblent boucher le passage de l'air, et tente d'y parvenir en expirant fortement et avec bruit, il n'accuse que peu ou point de douleur dans le larynx, mais le doigt porté à la base de la langue sent une tumeur molle; une espèce de bourrelet au pourtour de l'ouverture de la glotte, la voix est rauque ou éteinte; l'inspiration difficile et sifflante; l'expiration est au contraire facile, et assez souvent il survient des accès d'asthme ou de suffocation qui se répètent plus ou moins fréquemment. Au bout d'un temps plus ou moins long, les accès se rapprochent et sont plus violens; la suffocation paraît imminente; l'inspiration est sonore, bruyante et extrêmement difficile; aussi le malade fait-il de grands efforts pour l'accomplir. Il élève les épaules, toute sa poitrine est agitée, l'angoisse est extrême, la figure pâle et effrayée, ou rouge et gonflée et exprimant le désespoir, le pouls inégal et intermittent. L'accès passé, tout rentre dans le calme, excepté le pouls, qui reste agité. Le malade périt ordinairement d'une manière subite dans l'intervalle des accès. Tel est l'*œdème de la glotte* des auteurs; nous la nommerons *laryngite œdémateuse*.

La laryngite croupale peut-elle exister sous la forme chronique? M. le docteur Desruelles (1) cite l'exemple d'un jeune chirurgien qui avait résisté à un croup aigu, contracté dans son bas âge, et qui depuis ce temps avait la respiration sibilante, quoique assez facile, parfois croupale, et la voix rauque d'une manière très-remarquable.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la laryngite chronique ordinaire est toujours lente, et sa durée longue en raison du peu d'influence qu'elle exerce sur les fonctions des autres organes. Ce n'est ordinairement qu'après un temps fort long qu'elle met en jeu les sympathies. La laryngite œdémateuse est plus rapide, elle peut causer la mort en quelques jours, soit par suffocation pendant un accès, soit dans l'intervalle, parce que les poumons et les parois thoraciques ne peuvent plus réagir sur l'air, dont l'inspiration reste facile. Quand la laryngite est accompagnée de la carie des cartilages ou de l'œdème de la glotte, elle se termine presque toujours par la mort; aussi le pronostic en est-il rarement favorable.

*Caractères anatomiques.* Si le malade a succombé aux seuls symptômes de *phthisie laryngée*, on trouve la membrane muqueuse du larynx ulcérée et détruite dans toute son épaisseur. L'ulcération existe ordinairement dans le ventricule du larynx; elle est grisâtre à la superficie, et d'une couleur plus foncée dans le fond. Le cartilage est à nu et carié ordinairement dans une petite étendue; il est en outre ossifié tout autour de la carie.

Bayle, qui a bien observé la laryngite œdémateuse, a trouvé sur les cadavres de ceux qui ont succombé, « les bords de la glotte gonflés, épaissis, blancs et comme tremblotans, et formant un bourrelet plus ou moins saillant et très-infiltré d'une sérosité qu'il est très-difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on a fait plusieurs incisions. Les bords de la glotte, infiltrés et gonflés, y sont disposés de telle manière, que toute impulsion qui vient du pharynx les renverse dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que toute impulsion qui vient de la trachée-artère repousse ces bourrelets sur les côtés de l'ouverture de la glotte dont l'orifice devient très-libre (1). » L'œdème se prolonge quelquefois dans le larynx, mais on y trouve surtout des traces de phlegmasie propres aux membranes muqueuses, telles que taches rouges, injection des vaisseaux, petits abcès et ulcères.

*Traitement.* Tous les médecins sont à peu près d'accord sur le traitement à opposer à cette phlegmasie. Le silence absolu, les saignées locales, les sinapismes ou les vésicatoires autour du cou, les révulsions opérées sur les voies digestives par les vomitifs ou les purgatifs, ou sur la peau par des vésicatoires aux bras, aux cuisses, tels sont les moyens généralement employés. Nous pensons que, dans le cas d'ulcération de la membrane et de carie des cartilages, les vésicatoires au cou ne peuvent établir une révulsion assez puissante, et qu'il faudrait leur préférer les sétons ou les moxas légers. Dans la laryngite œdémateuse, il faut joindre à l'emploi de ces moyens celui proposé par M. Thuillier (2), qui consiste dans la compression exercée de temps en temps avec le doigt sur le bourrelet œdémateux. M. Bayle a proposé l'introduction d'une sonde dans la trachée ou la laryngotomie; nous regardons ces moyens comme au moins inutiles. Enfin, dans ces derniers temps, M. Lisfranc a proposé de pratiquer de légères incisions sur l'œdème pour en faciliter le dégorgement; mais, outre que cette opération est très-difficilement praticable, il est permis de douter, qu'elle puisse atteindre le but qu'on se propose quand on songe à la difficulté qu'on éprouve à exprimer la sérosité sur le cadavre, même en com-

(1) *Traité du croup* déjà cité, 2e édition, in-8°, 1824. C'est la meilleure monographie que nous possédions sur la laryngite croupale.

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XVIII, pag. 510 et 511.

(2) *Essai sur l'Angine laryngée œdémateuse*, etc.; thèse, année 1815, n° 81. Paris.

primant entre les doigts la glotte préalablement incisée. On pourrait cependant tenter ce moyen.

Laryngite intermittente.

Cette phlegmasie ne diffère des précédentes que par le type : on la combat ordinairement par les antiphlogistiques et les révulsifs. Il est probable qu'on obtiendra de bons effets des sels de quinquina donnés pendant l'intermission. Schwilgué, dans son *Mémoire sur le croup*, cite un exemple de laryngite croupale intermittente; Jurine en rapporte deux, dans son Mémoire sur le même sujet. On n'a pas assez remarqué, ce nous semble, que cette forme de laryngite est souvent intermittente et revient par accès pendant la nuit; il serait peut-être avantageux d'employer le sulfate de quinine dans l'intermission, et les antiphlogistiques, vomitifs et révulsifs pendant l'accès. Nous savons qu'un enfant a été traité avec succès d'après ces données que nous avions communiquées.

De la trachéite.

C'est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse la trachée-artère. Elle existe rarement séparée de la laryngite ou de la bronchite. Les auteurs l'ont désignée sous le nom d'*angine trachéale.*

Ses causes sont les mêmes que celles de la laryngite; elle n'en diffère, sous le rapport des symptômes, qu'en ce que la voix est moins altérée et l'inspiration plus facile en même temps qu'elle est plus douloureuse. La durée en est courte, la marche rapide, et la terminaison toujours favorable. On la combat par les mêmes moyens que la laryngite.

De la laryngo-trachéite.

Le nom de cette affection en indique assez la nature et le siège. Nous n'en donnerons pas une description particulière; causes, symptômes, marche, durée, terminaisons, pronostic, lésions cadavériques et traitement, tout lui est commun avec la laryngite, qui, sous forme aiguë et surtout membraneuse, est rarement bornée à la membrane muqueuse du larynx. Le croup, en effet, consiste presque toujours dans l'inflammation simultanée du larynx et de la trachée, et c'est en raison de cette circonstance que M. Blaud lui a imposé le nom de *laryngo-trachéite*

De la laryngo-trachéo-pharyngite.

On se fait aisément une idée de cette inflammation étendue, de la combinaison de symptômes qui en résulte, et du danger qu'elle entraîne. Il résulte des travaux de M. Bretonneau (1) et de ceux de M. Guersent (2), que la plupart des affections qu'on a décrites sous les noms d'*angine gangreneuse, maligne*, etc., appartiennent à cette phlegmasie compliquée de formation de fausses membranes. Ses symptômes sont alors ceux de la laryngite membraneuse; elle présente plus de danger et réclame les mêmes moyens curatifs. Nous en tracerons l'histoire en traitant de l'angine couenneuse et de la palato-pharyngite.

(1) *Ouvrage cité.*
(2) *Dictionnaire de Médecine,* tome II, page 390.

De la bronchite (1)

On nomme ainsi la phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches. Elle est désignée dans les écrits de la science par les noms de *rhume* lorsqu'elle est légère, et de *catarrhe pulmonaire* lorsqu'elle est plus intense; sous cette dernière dénomination, on la partage encore en aiguë et en chronique. On lui a donné également les noms de *catarrhe suffocant*, d'*angine bronchique*, de *fièvre catarrhale inflammatoire*, etc., en raison de quelques particularités qui se sont offertes dans ses symptômes, et dont nous dirons quelques mots. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Bronchite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse des bronches, ou le *catarrhe aigu* des auteurs.

*Causes.* Certaines constitutions prédisposent à la contracter; ce sont en général les constitutions faibles, molles, peu sanguines, possédant peu de chaleur vitale. Les individus ainsi constitués s'enrhument en effet à chaque instant et pour des causes souvent inappréciables. Il en est de même des personnes qu'une éducation trop molle et des précautions exagérées ont rendues trop impressionnables à l'action des causes, et de celles qui sont affaiblies par des pertes de sang ou par une maladie chronique encore existante, ou qui entrent en convalescence. Enfin, on est en général d'autant plus exposé à contracter une bronchite, qu'on en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois.

La plus ordinaire et presque l'unique des causes de cette phlegmasie, est le froid humide agissant sur toute la peau ou seulement sur certaines parties, telles que les pieds, les épaules ou la poitrine. L'ingestion d'un liquide froid, lorsque le corps est en sueur, l'inspiration d'un air trop froid ou brûlant, ou de gaz irritans, ou d'un air chargé de poussières irritantes, les éclats de voix, le chant, la déclamation et la présence d'un corps étranger dans les bronches, la produisent aussi quelquefois. Enfin, plusieurs éruptions cutanées, telles que la scarlatine, la rougeole et la roséole, sont précédées et accompagnées de bronchite aiguë. La coqueluche est quelquefois aussi compliquée de cette affection.

*Symptômes et marche.* Ceux de la bronchite la plus légère consistent dans un peu de toux et l'expectoration de quelques crachats. Si elle est un peu plus intense, la toux est légèrement douloureuse; l'expectoration est nulle les premiers jours, puis elle se manifeste, et consiste d'abord en crachats de mucus peu épais, dont la consistance augmente ensuite à mesure que sa quantité diminue. Ces nuances de la bronchite aiguë sont ap-

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, article *Bronchite.*

pelées *rhumes* dans le langage ordinaire : il existe encore un grand nombre de degrés de cette phlegmasie depuis ceux-ci jusqu'au plus élevé, que nous allons décrire.

Une toux vive, revenant ordinairement par quintes, accompagnée de douleurs intenses, de déchirement et de chaleur dans la trachée-artère, derrière le sternum, et quelquefois dans toute la poitrine, déterminant la rougeur et le gonflement de la face, le larmoiement, une céphalalgie atroce, ordinairement suivie de l'expectoration d'un mucus rare, ténu, écumeux, et quelquefois strié de sang, en forme le principal et le plus douloureux symptôme. La plus légère impression de froid, l'action de parler ou de boire, le simple changement de position, suffisent souvent pour en renouveler les quintes. Elles se répètent fréquemment sans cause appréciable; quelquefois les efforts de la toux provoquent des nausées et des vomissemens. A ces symptômes se joignent une oppression ordinairement légère, mais quelquefois assez marquée, le son clair de la poitrine à la percussion, une sensibilité telle de la membrane muqueuse bronchique que l'impression de l'air frais à sa surface est perçue; la fréquence et la plénitude du pouls, la perte de l'odorat et du goût, une saveur pâteuse et douceâtre au palais et à la langue qui est blanche, une soif modérée et quelquefois nulle, la chaleur de la peau qui présente souvent de la moiteur, enfin la rareté et la couleur foncée de l'urine. L'expectoration est ordinairement nulle dans le commencement; vers le deuxième ou troisième jour seulement, la toux devient humide, et les crachats sont tels que nous les avons décrits ci-dessus; mais peu à peu la sécrétion du mucus augmente; il s'épaissit de plus en plus jusqu'au terme de la maladie, en même temps que sa quantité diminue. Au début, les crachats sont quelquefois salés; lorsqu'ils s'épaississent, ils perdent ordinairement cette saveur, ils sont blancs, jaunes ou verts, la toux est grasse et l'expectoration facile.

Tous ces symptômes sont ordinairement plus intenses le soir que dans le jour; leur invasion est souvent précédée de frissons, de malaise, d'éternuement, de coryza, ou d'un léger mal de gorge; s'ils sont accompagnés de soif vive, de rougeur au pourtour de la langue, de douleur vive à l'épigastre, d'une grande fréquence du pouls et de sécheresse de la peau, c'est qu'il existe une gastro-entérite compliquant la bronchite.

Tels sont les signes qu'on possédait pour diagnostiquer la bronchite avant la découverte du stéthoscope. Ce précieux moyen d'exploration fournit des caractères importans, qui ne permettent plns de confondre cette phlegmasie avec les autres inflammations thoraciques.

Le *râle* est le principal de ces caractères; on l'entend souvent dès le début; il est ordinairement sonore et grave, quelquefois sibilant; il est d'autant plus grave et plus sonore qu'il y a moins de sérosité sécrétée, et que la membrane interne des gros troncs bronchiques est plus tuméfiée. Dans ce dernier cas, il imite le bruit d'un coup d'archet prolongé sur une grosse corde de violoncelle. L'étendue de la poitrine dans laquelle il se fait entendre indique l'étendue de l'inflammation. Il devient *muqueux* lorsque la sécrétion du mucus augmente; il est produit par le passage de l'air à travers les crachats accumulés dans les bronches; mais il permet d'entendre le bruit de la respiration, ce qui le distingue du râle propre aux excavations tuberculeuses. Très-souvent cependant la respiration se suspend dans le lieu enflammé; mais cette suspension est momentanée; elle survient ordinairement tout à coup; elle est due à l'obstruction d'un rameau bronchique par du mucus assez épais et assez abondant pour intercepter le passage de l'air, et cesse aussitôt que l'expectoration a chassé l'obstacle (1). On voit quelquefois dans le cours d'une bronchite aiguë, l'oppression devenir tout à coup plus considérable, les crachats se teindre fortement de sang, la peau devenir halitueuse, les pommettes se colorer vivement, et la poitrine, jusque là sonore dans toute son étendue à la percussion, donner un son mat dans un point plus ou moins étendu; c'est qu'alors l'inflammation s'est propagée aux vésicules bronchiques, la bronchite s'est convertie en *pneumonite* (voyez ce mot).

Lorsque la bronchite fait périr promptement le malade par suffocation, on la nomme *catarrhe suffocant;* elle est appelée *angine bronchique*, dans les cas où la voix prend un caractère aigu et sifflant très-prononcé, et où la mort survient au milieu des mouvemens convulsifs ou d'un abattement consécutif aux quintes (2); et *fièvre catarrhale inflammatoire*, chez les individus pléthoriques, et lorsque le pouls est large, la peau halitueuse et rosée, et que des hémorragies, principalement nasales, ont lieu. Il est évident que ces différences ne sont pour ainsi dire que des accidens dans la bronchite, et ne suffisent pas pour établir autant d'affections particulières.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de la bronchite varie avec le degré d'intensité; en général la bronchite intense dure de quinze à quarante jours, et la bronchite légère de trois à dix jours. La terminaison en est ordinairement favorable, et alors même qu'elle est grave, elle cause rarement la mort; c'est par la résolution qu'elle se termine le plus communément, et quelquefois elle passe à l'état chronique. Quand cette inflammation donne la mort, c'est presque toujours par son extension au tissu pulmonaire, ou aux plèvres, ou au péricarde, etc. Le pronostic est donc rarement funeste; il repose sur la plus ou moins grande étendue qu'occupe l'inflammation. Si le râle s'entend dans toute l'étendue d'un poumon, ou dans la plus grande partie de deux poumons, le danger est imminent; la mort est presque inévitable, si le râle s'entend dans toute l'étendue de deux poumons (3) Enfin, à intensité égale, la bronchite est plus dangereuse chez les enfans, les vieillards et les individus atteints d'une phlegmasie chronique quelconque, mais surtout des poumons, que chez le sujets placés dans toute autre circonstance. Elle est aussi plus grave lorsqu'elle règne épidémique

(1) *De l'Auscultation médiate*, etc., tome II, pag. 6 et suivantes.

(2) *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, tom III, pag. 117 et 118.

(3) Laennec, *ouvrage cité.*

ment que lorsqu'elle est sporadique; mais c'est qu'alors elle est presque toujours compliquée de la phlegmasie d'un autre organe, et principalement de celle des voies digestives. Les épidémies de *grippe*, de *follette*, de *russe*, étaient des bronchites ainsi compliquées. Elle est endémique dans les contrées basses et humides.

*Caractères anatomiques.* « Une rougeur plus ou moins marquée, et tout au plus un certain degré d'épaississement de cette membrane, sont les seuls caractères anatomiques que présente cette affection; encore ces caractères disparaissent-ils quelquefois en grande partie après la mort (1). » Cette rougeur est ordinairement de peu d'étendue; son siége le plus ordinaire est à la fin de la trachée-artère et dans les premières divisions des bronches. On la trouve disposée par plaques, par zones, par points, par arborisation, etc., comme toutes les inflammations des membranes muqueuses en général.

*Traitement.* Les nuances légères de la bronchite aiguë, celles qu'on désigne en général par le nom de *rhume*, guérissent souvent à l'aide de simples précautions hygiéniques, telles que celles de se vêtir chaudement, d'éviter le froid et l'humidité, et de conserver le silence le plus qu'il est possible. Souvent aussi ces moyens sont insuffisans, et on est obligé d'y joindre l'usage des infusions de violette, de mauve, de guimauve, de bouillon blanc, de bourrache, de capillaire, ou des décoctions de dattes, de jujubes, d'orge, etc. On édulcore ces boissons avec le sucre, ou le miel, ou les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire indifféremment, et on les coupe quelquefois avec le lait. Toutes ces tisanes doivent être prises tièdes; le soir, il est avantageux que le malade les prenne assez chaudes pour exciter la sueur, qu'il favorisera en se couchant immédiatement dans un lit bien bassiné et garni de bonnes couvertures. On dissipe très-souvent les bronchites commençantes et légères par les boissons diaphorétiques, telles que les infusions chaudes de thé, de bourrache, de fleurs de sureau, de scabieuse, etc. Les hommes habitués aux liqueurs spiritueuses obtiennent fréquemment les mêmes résultats par le moyen du vin chaud sucré, de l'eau-de-vie brûlée et caramellée, ou du punch : nous en avons vu de nombreux exemples aux armées; mais nous ne conseillons pas l'usage de ces boissons aux individus qui n'usent jamais ou que rarement des spiritueux, et encore moins aux personnes à estomac irritable; les uns et les autres pourraient s'en trouver fort mal. Dans le nord, et surtout dans les contrées humides et froides, dans les pays habituellement brumeux, ces moyens offrent plus de chances de succès que dans les climats tempérés, et surtout que dans les pays méridionaux. On fait un assez fréquent usage en Angleterre, nous a-t-on assuré, d'eau chaude sucrée, à laquelle on ajoute une certaine quantité d'eau-de-vie ou de rhum. Nous ne parlerons pas des pâtes de guimauve, de jujubes, etc.; si ces moyens secondaires ne doivent pas être négligés, ils sont aussi trop peu importans pour devenir l'objet d'indications spéciales.

(1) Laennec, *ouvrage cité*, tome II, pag. 65.

Les mêmes agens thérapeutiques suffisent encore dans quelques bronchites accompagnées de chaleur générale et de fréquence et plénitude du pouls, et il est impossible d'établir la limite où commence leur impuissance et finit leur efficacité. On peut dire cependant qu'en général ils deviennent insuffisans dans la grande majorité des bronchites qui accélèrent les contractions du cœur, et qu'il faut en seconder l'emploi par les moyens que réclame la bronchite intense.

Une température douce et uniforme, le silence absolu et la diète complète, sont d'abord les premières conditions qu'on doit exiger dans toute bronchite aiguë; ensuite, si l'oppression est prononcée, le pouls plein et large, la toux très-violente et douloureuse, l'expectoration nulle ou légèrement sanguinolente, et la poitrine brûlante, il faut prescrire la saignée du bras, et la répéter à de courts intervalles (dix à douze heures), une ou plusieurs fois, tant que ces symptômes persistent au même degré ou ne s'amendent pas d'une manière sensible. Lorsqu'ils sont beaucoup diminués, et dans les cas moins graves où ils sont naturellement plus légers dès le début, on parvient ordinairement à les dissiper complètement par des applications de sangsues sous les clavicules, sur le sternum et dans les points où le râle est plus prononcé. Dans les deux cas, on emploie l'une des boissons que nous avons indiquées; on y joint l'usage des loochs, des potions huileuses, et les cataplasmes émolliens très-chauds, et souvent renouvelés, appliqués sur la poitrine. On peut aussi recourir aux narcotiques lorsque la toux est très-douloureuse et convulsive; mais on doit cesser leur emploi aussitôt que l'expectoration commence à devenir un peu abondante. Enfin, quand les symptômes d'acuité et d'excitation générale sont dissipés, si la bronchite se prolonge et menace de passer à l'état chronique, on applique avec avantage un vésicatoire au bras ou sur la poitrine elle-même. On a conseillé et employé, dans la période d'acuité, les vapeurs émollientes; mais elles sont peu efficaces, et nuisent quelquefois par leur température.

Lorsque la bronchite est produite par la présence d'un corps étranger, il faut tenter d'en obtenir la sortie par la trachéotomie. (Voyez *Corps étrangers.*)

### Bronchite chronique.

C'est l'inflammation chronique des bronches, le *catharrhe chronique* des auteurs.

*Causes.* Cette phlegmasie est produite par les mêmes causes que la précédente, à laquelle elle succède plus souvent qu'elle n'est primitive.

*Symptômes et marche.* La toux et l'expectoration sont ordinairement les seuls symptômes qui accompagnent la bronchite chronique; presque jamais il ne s'y joint de phénomènes sympathiques, du moins dans les premiers temps de sa durée. La toux est plus ou moins fréquente; elle revient souvent par quintes, surtout chez les vieillards; elle est sèche (*catharrhe sec*) ou humide (*catharre humide* des auteurs). Dans ce dernier cas, la nature de l'expectoration varie : les crachats sont jaunes,

ou grisâtres, ou puriformes, et plus ou moins opaques (*catharrhe muqueux*), ou bien ils sont transparens, incolores, filans, et semblables à du blanc d'œuf délayé dans l'eau (*catharrhe pituiteux*). (En substituant le mot *bronchite* au mot *catarrhe*, ces dénominations peuvent être conservées avec avantage.) Lorsque la toux est sèche, elle s'accompagne quelquefois de dyspnée, et revient par accès (*asthme sec*), ou bien elle ne présente ni l'un ni l'autre de ces phénomènes, et débute par ce caractère de sécheresse, sans avoir été précédée de bronchite aiguë (*toux nerveuse* des auteurs). Au bout d'un temps indéterminé, il arrive que quelques malades perdent l'embonpoint et les forces; l'appétit diminue, la soif se fait sentir, la peau devient brûlante, particulièrement à la paume des mains, et le pouls s'accélère. Tous ces symptômes s'exaspèrent pendant la nuit; ils sont suivis de sueurs vers le matin. Bientôt le dévoiement survient, l'amaigrissement fait des progrès rapides, et le malade succombe. Quelquefois, c'est par le passage de la phlegmasie à l'état aigu que cette terminaison funeste arrive. Dans quelques cas enfin, le malade paraît succomber à l'épuisement produit par l'abondance de la sécrétion muqueuse.

La bronchite chronique est loin d'avoir fréquemment cette gravité. On voit un grand nombre de vieillards être pris tous les hivers d'un catarrhe qui ne trouble en rien les autres fonctions et à peine celles de la respiration et de la circulation, et qui les abandonne au retour des premières chaleurs. C'est sa marche la plus ordinaire, et il dure le plus souvent ainsi pendant trente et quarante ans sans influer en apparence sur l'état général des individus qui en sont atteints. Cette phlegmasie détermine assez souvent chez les vieillards la dilatation des bronches, que Laennec attribuait au séjour des crachats. Nous expliquerons le mode de formation de cette altération morbide quand nous traiterons de cette dilatation elle-même.

Le stéthoscope donne les moyens de distinguer la bronchite chronique de la phthisie pulmonaire, avec laquelle on la confondrait fréquemment sans cet instrument. Si, après avoir observé le malade à des heures différentes et pendant un certain temps, dit Laennec (1), on ne trouve ni la pectoriloquie, ni le gargouillement de la matière tuberculeuse ramollie, ni la respiration *trachéale* des excavations tuberculeuses, ni l'absence constante de la respiration, qui indique les engorgemens tuberculeux un peu étendus, et si la respiration s'entend bien dans tout le poumon, on a déjà une forte présomption que la maladie n'est autre chose qu'un *catarrhe chronique*, et cette présomption se change en certitude si, pendant deux mois, on obtient toujours le même résultat. A ces signes négatifs, il faut joindre, dans la bronchite muqueuse, le râle muqueux, rarement continu, plus rarement général, et n'empêchant pas d'entendre la respiration, qui n'éprouve presque jamais de suspension totale, comme dans la bronchite aiguë, et qui souvent même acquiert le caractère *puéril;* dans la bronchite pituiteuse, la respiration s'entend bien encore, et le râle qui l'accompagne est ordinairement fortement sibilant ou sonore; il imite assez souvent le chant des oiseaux, le son d'une corde de basse, et quelquefois même un peu le roucoulement de la tourterelle; enfin, dans la bronchite sèche, le cylindre ne fournit aucun signe particulier à cette variété de la phlegmasie.

*Durée, terminaisons et pronostic.* Il est impossible de déterminer la durée, même moyenne, de la bronchite chronique, puisqu'elle peut se terminer en quelques mois, comme se prolonger pendant quinze ou vingt ans. Elle se termine par la résolution, ou par le passage à l'état aigu, ou par extension au tissu pulmonaire, ou par le marasme et par la mort succédant à l'une des trois terminaisons qui précèdent; elle devient, par sa répétition, la cause fréquente du développement des tubercules: on en obtient en général difficilement la guérison chez les vieillards.

*Caractères anatomiques.* Ils sont peu connus, parce que la bronchite chronique entraîne rarement la mort, si ce n'est en se compliquant avec d'autres phlegmasies, dont on trouve alors les traces. On rencontre ordinairement la membrane muqueuse des bronches épaissie, marbrée, grisâtre ou brune, mais presque jamais rouge; dans quelques cas tout à-fait pâle, et quelquefois tapissée par un mucus plus ou moins visqueux et plus ou moins adhérent. Les ganglions bronchiques sont assez souvent gonflés, et la partie supérieure des poumons pleine de tubercules. Quelquefois, enfin, on trouve de l'air extravasé dans le tissu pulmonaire, et formant à la surface du poumon des vésicules irrégulières qu'on peut facilement déplacer en les poussant avec le doigt. M. Laennec désigne cette altération par le nom d'*emphysème du poumon*.

*Traitement.* Diverses méthodes thérapeutiques ont été employées contre la bronchite chronique, et l'on ne connaît pas bien encore toutes les conditions qui rendent l'une préférable aux autres dans les différens cas. Mais les méthodes adoucissantes et révulsives combinées, étant, de toutes, celles qui comptent le plus de succès et offrent le moins d'inconvéniens, c'est par elles qu'il est préférable de commencer le traitement de cette phlegmasie : elles consistent dans l'usage des boissons gommeuses, d'un régime lacté ou composé d'alimens très-doux; l'emploi des saignées locales au début, enfin les ventouses, les exutoires, appliqués sur la poitrine ou à un des bras. On a recours en même temps, avec de grands avantages, aux frictions sèches, aux gilets de flanelle sur la peau, à l'habitation de la campagne, si cela est possible, dans une chambre exposée au midi, et mieux encore dans des climats méridionaux. Excepté chez quelques vieillards et certains individus tout muqueux, et dans quelques cas où la bronchite ne paraît consister que dans une sorte d'habitude de la membrane à sécréter une quantité trop abondante de mucosités, il convient de ne tenter l'emploi des autres moyens que nous allons indiquer, qu'après s'être convaincu de l'inefficacité des précédens; mais, dans ces circonstances, on peut essayer les décoctions de lichen d'Islande, de quinquina; les infusions de lierre terrestre, d'hyssope, de vulnéraire suisse; les pastilles de soufre, d'ipécacuanha;

(1) *Ouvrage cité*, tome II, page 77.

les substances balsamiques; les eaux minérales sulfureuses d'Enghien, de Bonnes, de Baréges; l'inspiration des vapeurs aromatiques de benjoin, de succin, de goudron, etc. Enfin, M. Laennec dit avoir *soulagé très-notablement* quelques-malades par l'usage long-temps continué des alcalis, des savonneux, des bains hydro-sulfureux, du polygala de Virginie, et les autres médicamens que les médecins humoristes et chimistes des trois derniers siècles regardaient comme *propres à corriger la viscosité des humeurs*. On pourra donc tenter l'usage de ces médicamens pour *soulager* les malades qu'on désespérera de guérir, en ayant toutefois sans cesse présent à l'esprit que c'est sur un estomac sensible qu'on les dépose, et que la chance de nuire beaucoup est ici placée tout à côté de celle d'être faiblement utile.

### Bronchite intermittente.

Le docteur Mongellaz a rassemblé dans son ouvrage sur les irritations intermittentes (1) plusieurs exemples de bronchites intermittentes que les auteurs auxquels il les emprunte avaient décrites sous les noms de *toux, fièvre catarrhales* et *catharres intermittens*. Elle est produite par les mêmes causes que la bronchite aiguë; mais, agissant d'une manière intermittente, elle offre les mêmes symptômes. Quant à la marche, la durée, les modes de terminaison, le pronostic et le traitement, elle ne diffère en rien des autres irritations du même type.

### De la pneumonite.

La pneumonite est l'inflammation du tissu pulmonaire, c'est-à-dire l'inflammation comprenant tout à la fois les ramifications bronchiques, les vaisseaux sanguins qui s'entrelacent avec elles, et le tissu cellulaire qui sert de lien à ces parties, et dont elle occupe une plus ou moins grande étendue. Nous la rangeons parmi les inflammations des membranes muqueuses, parce que c'est presque toujours par la membrane muqueuse pulmonaire qu'elle commence et qu'elle se communique aux parties environnantes. L'expectoration sanguinolente et le râle crépitant, qui en sont les symptômes les plus constans, prouvent que tel est en effet son siége principal. M. Andral pense même qu'elle a son siége exclusif sur cette membrane; il a cherché à démontrer qu'elle occupe spécialement les vésicules pulmonaires, et a su réunir avec le talent qu'on lui connaît les considérations les plus solides en faveur de cette opinion (2)

Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente, et, sous ces diverses formes, elle a reçu les noms de *pneumonie*, *péripneumonie*, *fièvre péripneumonique*, etc.

(1) *Essai sur les irritations intermittentes*, etc., 2 vol. in-8. Paris, 1821. Cet ouvrage est ce que nous possédons de meilleur sur les irritations intermittentes.

(2) *Clinique médicale*, ou *Choix d'observations recueillies à la clinique de M. Lherminier*, publiée par M. Andral, tome II, pages 312 et suivantes.

### Pneumonite aiguë.

L'inflammation aiguë du tissu pulmonaire est une des maladies les plus anciennement connues, celle sur la nature de laquelle les opinions des médecins ont le moins varié, et qu'ils ont souvent prise pour type des inflammations internes.

*Causes*. Les plus ordinaires et les plus puissantes sont le refroidissement subit de la peau lorsqu'elle est échauffée ou couverte de sueur, le refroidissement partiel de la poitrine pendant le sommeil, et surtout dans l'état de convalescence, l'ingestion d'un liquide glacé pendant la sueur, l'immersion dans l'eau à une température trop basse, l'inspiration d'un gaz irritant; les coups et les chutes sur la poitrine, et les plaies pénétrantes dans cette cavité. Viennent ensuite les courses forcées, les efforts violens, les cris, l'équitation rapide contre le vent, la suppression d'une hémorragie ou d'une saignée habituelle, la disparition subite d'une phlegmasie extérieure, les grandes brûlures de la peau, les amputations des gros membres. Nous avons observé plusieurs pneumonites qui nous ont paru bien évidemment s'être développées sous l'influence d'un violent et subit chagrin. Cette cause avait-elle agi seule? Nous avons vainement cherché à en découvrir une autre. Comment agit-elle? Nous l'ignorons. Le fait ne nous en paraît pas moins incontestable. Nous ferons remarquer à ce sujet que les affections morales tristes peuvent faire naître l'inflammation dans tous les organes principaux, et que ces inflammations sont en général très-graves. Enfin, il arrive assez souvent que les causes de la pneumonite nous échappent.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, etc. Un frisson plus ou moins violent précède ordinairement les symptômes suivans: douleur profonde et pongitive dans un ou les deux côtés du thorax, se faisant sentir principalement au dessous des seins; gêne de la respiration, inspiration difficile et incomplète, toux, expectoration visqueuse et plus ou moins mêlée de sang; impossibilité de se coucher sur le côté sain; coloration en rouge, plus ou moins foncée et ordinairement bien circonscrite de l'une ou des deux pommettes; teinte livide de la face lorsqu'une grande étendue des deux poumons est envahie par l'inflammation; pouls plein, large et fréquent; peau chaude et halitueuse, urines rares et d'un rouge foncé.

Le mode d'invasion n'est pas toujours celui que nous venons d'indiquer. Quelquefois la pneumonite succède à une bronchite, et l'on voit alors les symptômes de celle-ci s'accroître graduellement et ceux de la première apparaître. D'autres fois la maladie débute par les symptômes que les auteurs ont assignés à la *fièvre inflammatoire*, tels que l'accélération et plénitude du pouls, l'augmentation de la chaleur, des tintemens des oreilles, la rougeur des yeux, de la face et de toutes les muqueuses visibles; ces symptômes durent un jour ou deux, puis tout à coup ceux de la pneumonite éclatent, ou plutôt ils deviennent apparens, car il n'est pas douteux qu'ils n'existassent dès le début et qu'on ne les eût découverts si on eût ausculté le malade ave e soin.

Il est impossible de méconnaître la pneumonite, quel qu'en ait été le mode d'invasion, aux symptômes que nous avons décrits. Mais ils ne sont pas toujours aussi prononcés, et on les trouve rarement tous réunis. La douleur n'est pas constante, elle n'existe même que quand la plèvre participe à l'état inflammatoire. La respiration est quelquefois libre; cela arrive presque toujours lorsque la pneumonite est peu étendue, et surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une autre phlegmasie grave, la variole, par exemple. Enfin, la toux, l'expectoration, le décubitus forcé sur le côté malade, la coloration des pommettes, etc., manquent aussi quelquefois, principalement dans la dernière circonstance que nous avons notée, celle de complication avec la phlegmasie interne d'un autre organe. De là de nombreuses difficultés dans le diagnostic : la percussion de la poitrine, suivant la méthode d'Avenbrugger, en lève une partie ; l'emploi du stéthoscope les fait toutes disparaître.

La percussion du thorax, dans les points correspondans à l'inflammation pulmonaire, ne donne qu'un son mat, au lieu du son clair qu'elle fait entendre dans les autres parties. Ce signe est sans doute précieux, mais on ne l'obtient pas toujours; et d'ailleurs une masse de tubercules agglomérés, ou un épanchement pleurétique, le fournissent également; enfin, dans quelques cas, la percussion ne peut même être exercée en raison de la sensibilité du thorax. Le stéthoscope est moins infidèle et peut toujours être employé. Voici les signes fournis par ce mode précieux d'exploration. Dans le premier degré de la phlegmasie, on entend encore la respiration dans le point affecté; mais elle est beaucoup moins grande et moins sonore que dans les autres parties de la poitrine; elle est en outre accompagnée, dans l'inspiration surtout, d'une espèce de crépitation ou râle léger, que M. Laennec compare à celui du sel que l'on fait décrépiter en le chauffant dans une bassine, et qu'il appelle *râle crépitant*. Dans le second et le troisième degré, la respiration ne se fait plus entendre dans le point affecté, bien que dans les grandes inspirations on voie encore le mouvement des parois thoraciques. Très-souvent, cependant, on entend, non pas le bruit respiratoire, mais un *râle muqueux* plus ou moins marqué. Cela a surtout lieu quand la bronchite se joint à la pneumonite, ce qui est très-fréquent, ou quand l'expectoration visqueuse du début devient épaisse et facile. Assez ordinairement, dans les trois degrés de la phlegmasie, la respiration est *puérile*, c'est-à-dire très-sonore, bruyante et facile dans les parties saines du poumon. Elle présente assez souvent même un caractère particulier; il semble que quelqu'un souffle avec force dans un tuyau d'airain auprès de l'oreille de celui qui ausculte; en même temps la voix est résonnante. C'est M. Andral qui a surtout fixé l'attention sur ce bruit respiratoire, qu'il propose de nommer *respiration bronchique*, symptôme déjà signalé par Laennec, et qu'il attribue à ce que l'air ne peut pas pénétrer au delà des gros tuyaux bronchiques. On ne l'observe en effet que chez les malades dont le poumon est hépatisé et ne se laisse plus pénétrer par l'air. Enfin, dans le cas de double pneumonite, le cylindre donne un signe tout-à-fait caractéristique. Outre l'intensité plus grande du murmure respiratoire dans les parties restées saines, et le râle crépitant dans celles qui sont enflammées, on remarque qu'il existe un contraste frappant entre la grande dilatation des parois de la poitrine et la fréquence de la respiration, et la faible intensité de celle-ci dans les points enflammés.

L'auscultation ne fournit pas toujours les moyens de reconnaître une pneumonite. Ainsi, chez les phthisiques et les anévrismatiques, comme on ne peut pas trop se fier à la valeur des signes qu'elle donne, elle laisse souvent dans l'incertitude; elle n'apprend rien lorsque l'inflammation commence par occuper la pointe ou le centre du poumon; enfin il existe quelquefois un râle bronchique tellement fort, en raison de la grande quantité de liquide contenu dans les bronches, qu'il est impossible d'entendre le râle de la pneumonite. Ce moyen d'exploration n'en est pas moins des plus utiles dans l'immense majorité des cas, et nous ferons remarquer que même dans l'absence des signes directs de l'inflammation pulmonaire, il peut cependant encore la faire soupçonner, en permettant de reconnaître que le bruit respiratoire est plus intense que dans l'état normal. Lorsqu'on observe en effet cet accroissement d'intensité du bruit respiratoire, on peut presque en conclure que la respiration s'exerce incomplètement dans certains points cachés, et que c'est pour y suppléer en quelque sorte qu'elle s'exerce avec plus de force dans les autres points. L'auscultation d'ailleurs n'éclaire pas seulement le diagnostic de la pneumonite, elle permet d'en suivre avec assez de précision les progrès. Ainsi, lorsque la résolution s'opère, elle fait entendre le retour du râle crépitant dans les points qui étaient imperméables à l'air; elle apprend qu'en même temps la respiration bronchique et la résonnance de la voix diminuent; puis que le murmure respiratoire remplace peu à peu le râle crépitant, et enfin qu'il gagne chaque jour en étendue, tandis que celle-ci s'affaiblit et diminue. Si au contraire la maladie s'aggrave, le cylindre permet d'en suivre l'accroissement par l'observation des symptômes contraires à ceux que nous venons d'énumérer. Enfin, il avertit par la persistance du râle, qu'un noyau d'inflammation existe encore lorsque tous les autres symptômes semblent complètement dissipés, et met le médecin sur ses gardes sur le retour certain de la pneumonite si on l'abandonne à elle-même.

La marche de cette phlegmasie, lorsqu'elle est intense, est toujours très-rapide, et surtout si elle occupe les deux poumons à la fois et dans une grande étendue; elle peut, au contraire, se prolonger pendant trente et quarante jours lorsqu'elle est légère et peu étendue. Sa durée moyenne est de sept à quinze jours. Elle se termine par résolution, induration rouge, suppuration, œdème du poumon, gangrène, passage à l'état chronique, et par la mort. La terminaison par gangrène est extrêmement rare. M. le professeur Laennec pense que cette gangrène se rapproche de la nature de l'anthrax, de la pustule maligne et du charbon pestilentiel, et qu'on peut à peine la ranger au nombre des terminaisons de l'inflammation pul-

monaire. Cette phlegmasie est souvent mortelle.

*Caractères anatomiques.* Ils diffèrent suivant l'époque à laquelle la mort survient. Considérée sous le rapport anatomique, dit M. Laennec, l'inflammation du tissu pulmonaire présente trois degrés très-tranchés et faciles à reconnaître. Dans le premier, le poumon, plus pesant que dans l'état naturel, présente à l'extérieur une couleur livide ou violacée, et une fermeté beaucoup plus grande que dans l'état naturel. Il est cependant encore crépitant; mais, lorsqu'on le presse entre les doigts, on sent qu'il est engorgé par un liquide, et que la crépitation est beaucoup moindre que dans l'état sain. Lorsqu'on le coupe, son tissu paraît d'un rouge livide, et tout infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente, spumeuse et trouble, qui coule avec abondance de la surface des incisions : Bayle a désigné cet état sous le nom d'engouement. Dans le second degré, le tissu du poumon ne crépite plus, et acquiert une pesanteur et une consistance analogues à celles du foie; c'est ce qui a fait désigner cet état sous le nom d'*hépatisation*. Il paraît souvent moins livide à l'extérieur que dans le premier degré, mais il présente intérieurement une couleur rouge plus ou moins foncée, et sur laquelle tranchent d'une manière très- remarquable, les taches formées par la matière noire pulmonaire, les rameaux bronchiques, les vaisseaux sanguins et les cloisons celluleuses du poumon. Coupé en plusieurs morceaux, il ne suinte presque rien de la surface des incisions; seulement, en la râclant avec le scalpel, on en exprime un peu de sérosité sanguinolente, plus trouble et plus épaisse que celle qui a été décrite ci-dessus, et dans laquelle on distingue souvent une matière plus épaisse, opaque, blanchâtre et puriforme. La substance du poumon est comme *grenue*, ou formée de petits grains rouges, oblongs et un peu aplatis. Lorsqu'un poumon est hépatisé en entier, il est souvent plus volumineux que dans l'état naturel, et porte quelquefois l'empreinte des côtes à sa surface; nous en avons vu un exemple à l'Hôtel-Dieu, depuis l'époque même où M. Laennec en a nié la possibilité. Enfin, dans le troisième degré, le tissu pulmonaire, en conservant la dureté et l'aspect granuleux précédemment décrits, prend une couleur jaune et pâle et analogue à celle de la paille, et laisse suinter de la surface des incisions une matière jaune, opaque, visqueuse et évidemment purulente, mais d'une odeur fade. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares que l'on rencontre ce pus rassemblé en foyers peu considérables, peu nombreux, et dispersés çà et là. (1).

Les altérations que nous venons de décrire existent quelquefois sur les deux poumons en même temps; souvent elles sont bornées à un seul de ces organes; dans l'un et l'autre cas, elles occupent une plus ou moins grande étendue; tantôt elles sont circonscrites et tantôt elles occupent la totalité de l'organe. On les rencontre plus fréquemment à droite qu'à gauche; les lobes inférieurs en sont le siége plus fréquent que les lobes supérieurs. Sur deux cent dix pneumonies consignées dans les ouvrages de Morgagni, Stoll, Dehaen, Pinel et Broussais, et recueillies à l'hôpital de la Charité, M. Andral a remarqué que cent vingt et une existaient à droite, cinquante-huit à gauche, et vingt-cinq sur les deux poumons; le siége de six n'a pas été indiqué par les observateurs. Enfin, sur quatre-vingt-huit pneumonites observées par lui, le même médecin a trouvé quarante-sept fois l'inflammation du lobe inférieur, trente fois celle du lobe supérieur, et onze fois le poumon enflammé en totalité.

Cet habile observateur a signalé une variété de la pneumonite dans laquelle l'inflammation est disséminée sur une foule de points isolés que sépare un tissu parfaitement sain. Ces points enflammés, variables en nombre et en étendue, offrent toutes les nuances que nous avons décrites, occupent indistinctement toutes les parties du poumon, et sont quelquefois entourés d'une infiltration d'une grande quantité de sérosité (1).

Dans les cas de gangrène du poumon, cet organe présente des nuances variées, depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir, quelquefois avec un mélange de brun ou de jaune brunâtre terreux, quelques points çà et là sont ramollis et tombent en *deliquium* putride. Un liquide sanieux, trouble, d'un gris verdâtre et d'une fétidité gangréneuse insupportable, s'écoule des parties altérées à mesure qu'on les incise. Laennec nomme cette gangrène, qui est la plus rare, *non circonscrite*, pour la distinguer de la suivante, un peu plus commune. Dans celle-ci, l'altération consiste dans une véritable escharre circonscrite, n'occupant qu'une petite étendue du poumon, et pouvant se prolonger sous forme chronique; aussi, suivant l'époque où la mort arrive, observe-t-on ou l'escharre gangréneuse ou le ramollissement qui en précède l'expulsion, ou enfin l'excavation qui la suit. Laennec pense que Bayle a établi sa phthisie ulcéreuse sur des observations d'anatomie pathologique de cette nature (2).

Enfin, lorsque la pneumonite aiguë se termine par l'œdème du poumon, le tissu pulmonaire est d'un gris pâle, ses vaisseaux paraissent contenir moins de sang que dans l'état naturel; il est plus dense et plus pesant, ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax, crépite cependant encore, conserve assez l'empreinte du doigt, et, lorsqu'on l'incise, laisse ruisseler une sérosité abondante, presque incolore ou très-légèrement fauve, transparente et à peine spumeuse. Cet état ne survient souvent que peu d'heures avant la mort; il succède aussi fréquemment aux affections chroniques qu'aux affections aiguës du poumon (3).

*Traitement.* La saignée générale est le moyen le plus puissant et le plus efficace à opposer à la pneumonite; tous les médecins, depuis les temps les plus reculés, ont été d'accord sur ce point. Son efficacité est si bien établie, qu'elle a souvent été un des argumens dont on s'est servi pour prouver la certitude de la médecine. Mais, pour qu'elle produise de bons effets, il faut qu'elle soit

(1) *De l'Auscultation médiate*, etc., tome Ier, pages 160 et suivantes.

(1) *Clinique médicale*, tome II, pages 317 et suiv.
(2) Laennec, *ouvrage cité*, tome III, pag. 182 et suiv.
(3) *Idem*, tome II, pages 9 et suivantes.

faite largement, répétée tant que la gêne de la respiration, la plénitude du pouls, et le râle crépitant, ne diminuent pas d'une manière sensible, et à des intervalles assez rapprochés pour ne pas donner le temps à la phlegmasie de reprendre son intensité première entre chaque évacuation sanguine. Lorsque l'inflammation est très-intense et occupe une grande étendue, il ne doit pas y avoir plus de douze heures d'intervalle entre chaque saignée; dans les cas de moindre intensité, il doit rarement dépasser un jour; quelquefois une seule saignée suffit. Chez les enfans, qu'il est en général assez difficile de saigner au bras, on est forcé d'avoir recours aux sangsues; il faut alors les appliquer en assez grand nombre, si l'on veut en obtenir de bons effets. Les saignées locales peuvent aussi être employées lorsque la pneumonite est peu intense, soit qu'elle ait déjà été affaiblie par les saignées générales, soit que primitivement elle ait été légère. Enfin, lorsqu'il s'y joint un point pleurétique, il devient presque indispensable de les employer sur le lieu douloureux, en même temps que les saignées générales, si on les juge nécessaires. Des boissons gommeuses et mucilagineuses, de même que celles que nous avons indiquées en parlant de la bronchite aiguë, des loochs, une température douce, la diète sévère et le silence absolu, concourent efficacement à la guérison. Lorsque la période d'irritation est passée, c'est-à-dire quand il n'y a plus de chaleur à la peau, de fréquence dans le pouls, le moment est venu d'employer les révulsifs. On prévient le passage à la chronicité de beaucoup de pneumonites par l'application d'un vésicatoire au bras, au déclin de la maladie. Sous l'influence de cette médication, on voit disparaître une petite toux qui persiste souvent sans cela, se prolonge et se ranime au bout d'un ou deux mois, et conduit le malade à la désorganisation pulmonaire; c'est aussi l'époque où l'on rend avec avantage les boissons, et en particulier les loochs, légèrement narcotiques. Les minoratifs, tels que la manne dans du lait, administrés à cette même époque, et quand les voies digestives ne sont pas enflammées, opèrent quelquefois une révulsion avantageuse, quoique faible, sur ces parties. On a recours aux mêmes moyens lorsque la pneumonite est produite par une plaie pénétrante de la poitrine; on y joint les précautions que nous indiquerons en parlant de ces plaies. (Voyez *Plaies pénétrantes de poitrine.*)

On vante singulièrement, depuis quelque temps, l'usage du tartrate d'antimoine et de potasse à haute dose dans cette phlegmasie. Cette thérapeutique nous vient d'Italie, où elle paraît sur son déclin. Nous doutons qu'elle fasse fortune en France. Déjà quelques uns de ses partisans se bornent à la conseiller dans les cas de pneumonite dont on désespère d'obtenir la cure par les moyens rationnels; bientôt sans doute on n'en entendra plus parler. Il est remarquable que les fauteurs de cette thérapeutique n'ont garde de renoncer à l'emploi de la saignée; et si l'on en juge par le petit nombre d'observations qu'ils ont publiées, ils sont obligés de recourir à ce moyen un plus grand nombre de fois que s'ils n'employaient pas concurremment le *contre-stimulant* par excellence. Rasori saigne quatorze fois un homme auquel il administre des doses énormes d'émétique. Il n'existe peut-être pas un autre exemple de pneumonite dans lequel on ait été forcé de saigner un aussi grand nombre de fois (1). Ne pourrait-on pas raisonnablement s'en prendre à l'émétique? Enfin, quelques faits extraits de la clinique de Laennec (2) nous apprennent que les pneumoniques traités de la sorte mettent souvent quarante jours et plus à guérir. Or, on sait combien il est rare qu'une pneumonite aiguë, traitée par les seuls antiphlogistiques, dépasse le douzième, le quinzième ou tout au plus le seizième jour; c'est sans doute au bienfaisant émétique que ces phlegmasies doivent l'avantage de leur plus longue durée.

Il est cependant un sel d'antimoine dont l'emploi dans la pneumonite aiguë nous a paru offrir quelques avantages, c'est le kermès minéral. Administré à la dose de deux à trois grains dans un looch, vers la fin des pneumonies, nous croyons avoir remarqué qu'il en accélérait la résolution. Quand l'estomac est exempt d'irritation, on peut donc y avoir recours; il ne faut pas se laisser décourager par les nausées et quelquefois les vomissemens que les premières cuillerées du looch kermétisé provoquent; ces effets cessent en général promptement pour ne plus se reproduire que lorsque la guérison est achevée.

### Pneumonite chronique.

L'inflammation chronique du tissu pulmonaire constitue une des espèces de la *phthisie pulmonaire* des anciens auteurs.

*Causes.* Ce sont toutes celles de la pneumonite aiguë, dont elle est d'ailleurs la suite très-fréquente, et que, sous le nom d'*induration rouge* ou *hépatisation*, nous avons vue être une de ses terminaisons. Elle est produite quelquefois par le frisson des fièvres intermittentes.

*Symptômes et marche.* Ils consistent dans une petite toux sèche, qui revient ou s'exaspère tous les soirs ou vers le milieu de la nuit, et s'accompagne aux mêmes heures d'un peu d'oppression, d'une légère élévation de la chaleur de la peau, surtout à la paume des mains, de la rougeur des pommettes, et de la plénitude du pouls, souvent sans accélération. Ordinairement un peu de moiteur couvre les bras seuls, ou les bras et la poitrine, ou ces parties et la tête du malade à son réveil; toute la journée se passe bien, et le soir ou la nuit, la même scène se renouvelle. Mais le malade n'apporte en général qu'une faible attention à ces symptômes, jusqu'à ce qu'il s'aperçoive enfin que ses forces ne se raniment pas, si cet état est la suite d'une pneumonite aiguë, ou qu'elles diminuent et qu'il maigrit; et comme il conserve l'appétit quelquefois jusqu'au dernier moment, il se fait illusion et garde l'espérance pendant très-long-temps. A mesure que l'affection fait des progrès, les symptômes prennent plus d'intensité, surtout

(1) *Voyez* Andral, art. *contre-stimulant du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome V.

(2) Voyez *Archives générales de Médecine*, pages 481 et suivantes.

par l'effet du repas du soir; la toux est suivie d'expectoration muqueuse et puriforme, ou striée de sang; le teint prend une couleur jaune de paille ou de feuille morte; le malade tombe dans le marasme, il devient œdémateux, surtout aux paupières et aux mains, et il meurt souvent tout à coup, quelquefois la mort survient par le passage de la maladie à l'état aigu.

Chez quelques malades, la dyspnée est très-forte le soir, et nulle dans le jour; chez tous, la marche rapide et l'action de monter déterminent plus ou moins de gêne de la respiration.

Les signes fournis par la percussion et le cylindre sont le son mat et l'absence du murmure respiratoire.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de la pneumonite chronique dépend de l'étendue qu'occupe l'induration, des influences hygiéniques, de l'irritabilité du malade, etc., ce qui ne permet guère de l'estimer d'une manière générale. Rarement elle est moindre de deux mois, et elle peut s'étendre beaucoup au delà de ce terme. Sa terminaison la plus fréquente est la mort par le marasme ou le passage à l'état aigu; elle peut cependant se résoudre quand elle occupe peu d'étendue. Le pronostic en est toujours grave.

*Caractères anatomiques.* Ils consistent dans l'*hépatisation* que nous avons décrite précédemment; il serait superflu d'y revenir. Nous ajouterons seulement qu'on rencontre quelquefois au centre de cette induration des points ramollis et pâteux, comme si l'organe était brisé et putréfié. Assez souvent aussi on trouve un peu de sérosité et une exsudation membraniforme à la surface de la plèvre, qui n'ont pas été annoncées pendant la vie par les symptômes particuliers de la pleurésie (1). Quand des symptômes aigus se sont manifestés avant la mort, on trouve le poumon enflammé autour de la portion indurée.

*Traitement.* Préserver les malades de toutes les causes d'excitation pulmonaire, et surtout du froid; combattre l'irritation localement, l'appeler à l'extérieur par les révulsifs et les excitans cutanés, et les suppurations long-temps continuées; enfin nourrir les malades avec des alimens non excitans; telles sont les bases du traitement de la pneumonite chronique posées par M. Broussais dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques*. (2). Il ne nous reste donc qu'à donner quelques développemens à ces préceptes.

On satisfait à la première indication, par les vêtemens de flanelle, l'habitation dans des appartemens où l'on entretient une température douce et uniforme, ou dans les pays méridionaux, si cela est possible; et en recommandant d'éviter les longues conversations, les cris, la déclamation, les marches rapides et les efforts de toute espèce. Pour combattre l'irritation localement, on applique des sangsues aux parois du thorax correspondant au point affecté; on en répète les applications de temps à autre, chaque fois surtout que l'irritation paraît vouloir s'exaspérer, et l'on recouvre en même temps

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques* tome I, page 171.

(2) Tome I[er], pages 171 et 172.

toute la poitrine d'un large cataplasme. En général, on n'a peut-être pas assez recours à la saignée générale dans la pneumonite chronique; nous pouvons affirmer en avoir retiré les meilleurs effets dans plusieurs cas où nous l'avons substituée aux sangsues, malgré l'ancienneté de la phlegmasie.

Des vésicatoires dont on entretient longuement la suppuration, des cautères, des sétons ou des moxas sur la poitrine, les frictions sèches sur toute l'étendue de la peau, les bains tièdes s'ils n'augmentent l'oppression ni la toux, sont les moyens auxquels on a généralement recours pour remplir la troisième indication. Enfin, on nourrit le malade avec des fécules, du laitage, des légumes et des viandes blanches, et l'on proscrit le vin, le café, les liqueurs, les viandes noires, etc., en un mot, tous les excitans gastriques. La privation absolue des alimens devient même nécessaire, chaque fois que la maladie semble vouloir s'élever au degré de l'acuité. On joint à l'emploi de ces moyens principaux l'usage des mêmes boissons gommeuses et mucilagineuses que nous avons conseillées dans la pneumonite aiguë. Les purgatifs et les diurétiques à titre de révulsifs, nous paraissent devoir être d'un bien faible secours dans cette affection.

M. Duparque emploie avec succès, pour faciliter et accélérer la résolution des pneumonites chroniques, les frictions avec la pommade d'Autenrieth sur diverses parties du corps, mais avec la précaution de frictionner chaque jour sur une nouvelle surface, afin de ne pas produire de boutons. Cette médication a pour effet d'activer beaucoup l'absorption, ce qui la rend très-utile dans tous les engorgemens et épanchemens chroniques, et par conséquent dans les vieilles pneumonies.

### Pneumonite intermittente.

Cette phlegmasie intermittente, dont on trouve plusieurs exemples dans les auteurs, et que M. Mongellaz a rassemblés dans son ouvrage (1), a été nommée par M. Alibert *fièvre pernicieuse péripneumonique*. Un pompier de la ville de Paris nous en a offert un exemple à l'Hôtel-Dieu, pendant l'automne de 1821; et ce fait, observé par plusieurs élèves en même temps que par nous, est surtout intéressant en ce que le cylindre nous a permis d'entendre, pendant l'accès, un râle crépitant des plus marqués à la partie inférieure et latérale un peu postérieure du poumon droit, et que pendant l'apyrexie ce symptôme était infiniment moins prononcé. Une saignée du bras fut pratiquée pendant le premier accès, parce qu'on ne soupçonnait pas le caractère intermittent de la phlegmasie. Le lendemain tout était calme, à l'exception d'un peu d'oppression et d'un très-léger râle. On prescrivit quelques sangsues vis-à-vis le point crépitant; l'intermission fut de vingt-quatre heures. Au second accès, un peu moins fort que le premier, on fit une nouvelle saignée; le râle avait presque repris son intensité première. L'intermission fut complète, et de même durée que la première. Un troisième accès eut lieu, après

(1) *Ouvrage cité*, tome I[er], pages 221 et suivantes.

lequel on administra le sulfate de quinine qui prévint le quatrième. Le malade nous déclara en avoir eu deux à son quartier, et avoir rendu quelques crachats sanguinolens le premier jour. S'il était besoin de nouvelles preuves aujourd'hui, pour établir la possibilité de l'intermittence des phlegmasies des organes intérieurs, ce fait en serait certainement une des plus convaincantes.

M. Delourmel a observé un cas analogue, en 1828. Un malade lui a offert, à deux reprises différentes, pendant les accès d'une fièvre quotidienne, les symptômes suivans : matité avec douleur sourde au côté droit, augmentant pendant les inspirations, expectoration de matières sanguinolentes; ces symptômes disparaissaient avec l'accès, excepté la matité qui persistait, mais à un moindre degré (1). Enfin, des faits analogues ont été communiqués à l'Académie de médecine par M. Buquoy.

A cela près du frisson qui précède chaque accès et de la sueur qui le suit, les symptômes de la pneumonite intermittente sont les mêmes que ceux de la pneumonite continue. Elle ne présente rien de particulier dans sa marche, sa durée, ses terminaisons et son traitement, et ne diffère en rien des autres phlegmasies intermittentes sous tous ces rapports.

Il ne faut pas confondre la pneumonite dont il est ici question avec celle qui est aussi produite par le frisson d'une autre irritation intermittente, et dont nous essaierons d'expliquer le mode de formation en traitant des gastro-entérites de ce type.

### *De l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives.*

Cette membrane revêt toute la surface interne du long canal qui s'étend depuis la bouche jusqu'à l'anus, et dans l'intérieur duquel se passent les principaux phénomènes de la digestion. Des actes différens s'exécutent dans les divers points de son étendue : ainsi les piliers et le voile du palais concourent avec le pharynx à la déglutition ; l'œsophage transmet le bol alimentaire à l'estomac ; celui-ci convertit les alimens en chyme ; dans le duodénum les sucs biliaire et pancréatique viennent se mêler à la pâte chymeuse et commencer sa conversion en chyle ; l'absorption du chyle s'opère dans les longues circonvolutions de l'intestin grêle ; enfin le résidu excrémentitiel est déposé, et séjourne jusqu'à son expulsion dans le cœcum et le colon. Tous ces actes vitaux concourent au même but, la digestion ; les diverses parties que nous venons d'énumérer doivent donc être liées par des symphaties communes ; mais chacune d'elles doit aussi pouvoir s'enflammer isolément, manifester sa souffrance par le trouble de sa fonction particulière, mettre en jeu des sympathies en proportion de l'importance du rôle qu'elle remplit dans la fonction commune, enfin montrer les traces de son inflammation sur les cadavres : c'est en effet ce que les faits démontrent. Nous étudierons donc successivement : la *palatite*, la *pharyngite*, l'*œsophagite*, la *gastrite*, la *duodénite*, l'*entérite*, la *colite* et la *gastro-entérite*. Ces phlegmasies ont de commun d'être souvent produites par les stimulations cutanées et principalement par la chaleur ; d'accélérer facilement les contractions de l'organe central de la circulation ; d'exciter la soif et de déterminer presque toujours la sécheresse de la peau.

#### De la palatite.

Nous appelons *palatite* l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les piliers et le voile du palais et les amygdales, et qui est désignée par les auteurs sous la dénomination d'*angine gutturale*. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

*Causes.* Cette phlegmasie attaque particulièrement les jeunes gens et les individus chez lesquels le système sanguin est très-développé ; mais aucun âge ni tempérament n'en sont à l'abri. Elle règne souvent épidémiquement au printemps. Ses causes occasionelles les plus fréquentes sont : le froid humide, le refroidissement du corps lorsqu'il est en sueur, et en particulier celui des pieds ; les changemens brusques de température et de l'état hygrométrique de l'air ; l'accroissement subit et considérable de la chaleur atmosphérique, jointe surtout à une grande humidité. Elle peut être produite aussi par le contact immédiat d'un liquide glacé ou trop chaud, trop stimulant, caustique, ou tenant en dissolution une substance vénéneuse irritante ; par des gaz irritans, enfin par le virus syphilitique.

*Symptômes.* On la reconnaît facilement à la rougeur et au gonflement de la membrane muqueuse du voile du palais et de ses piliers, à la sécheresse, la douleur et la chaleur que le malade dit éprouver au prolongement de la luette, qui, par le chatouillement qu'elle produit sur la base de la langue, provoque des mouvemens continuels de déglutition, souvent même des nausées, et quelquefois de la toux. A ces symptômes se joignent : la difficulté de la déglutition, surtout pour les corps liquides, et en particulier la salive, que tous les malades se plaignent de ne pouvoir pas avaler ; la voix nasonnée, le reflux des boissons par les fosses nasales, le mauvais goût de la bouche, l'enduit limoneux ou jaunâtre de la langue ; enfin, après les premiers jours, une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités. Les amygdales sont ordinairement gonflées et souvent recouvertes d'une couche de mucus grisâtre, ou parsemées de concrétions blanchâtres sébacées. Il est très-rare que cette phlegmasie soit accompagnée de soif, de chaleur de la peau, et de fréquence du pouls ; son invasion seulement est quelquefois accompagnée par ces symptômes, qu'un frisson avait eux-mêmes devancés ; mais ils sont alors de courte durée et disparaissent sans retour au bout de quelques heures.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Rarement de longue durée, cette phlegmasie se termine presque toujours par résolution, soit spontanément, soit par le secours de l'art. Cependant il se forme quelquefois un petit abcès dans

(1) *Archives générales de Médecine*, avril 1829, page 255.

la luette ou le voile du palais ; dans quelques cas rares d'intensité extrême, on voit la gangrène en être la suite ; enfin, elle passe aussi quelquefois à l'état chronique. En général elle est peu grave par elle-même, et ne le devient que par sa complication avec la phlegmasie des organes digestifs ou respiratoires, ou, comme le disent encore quelques médecins, lorsqu'elle est *bilieuse*, *inflammatoire*, etc. Quelquefois elle est chronique dès le début ; enfin on l'a observée sous forme intermittente. Nous ne la décrirons pas sous ces deux derniers états, ses symptômes sont alors les mêmes que ceux que nous venons de tracer, au degré et à l'intermittence près.

*Caractères anatomiques.* Soit par elle-même, soit par les phlegmasies qui l'accompagnent quelquefois, la palatite entraîne parfois la mort à sa suite. On ne trouve pas toujours alors les traces de son existence sur les cadavres, et la membrane muqueuse du voile et des piliers du palais, qui dans les derniers instans de la vie était du rouge le plus éclatant, se montre souvent pâle et décolorée après la mort. Mais lorsque les traces de cette inflammation persistent, elles consistent dans la rougeur, le gonflement, l'ulcération, la suppuration et la gangrène de la membrane, ou dans la présence d'une couche membraniforme grisâtre qui la revêt, lésions qu'il est d'ailleurs presque toujours possible d'apprécier pendant la vie.

*Traitement.* La palatite légère se dissipe ordinairement d'elle-même, ou à l'aide de moyens simples, tels qu'un bain de pieds, un gargarisme fait avec la décoction d'orge, le miel rosat et le vinaigre, un cataplasme émollient, ou seulement de la laine autour du cou ; souvent même il suffit de l'un de ces trois moyens. Mais pour peu qu'elle soit intense, cette thérapeutique est insuffisante, il faut alors avoir recours à une médication plus énergique. Les émissions sanguines tiennent le premier rang parmi les moyens à employer alors ; les sangsues particulièrement, depuis trois à quatre jusqu'à trente ou quarante, suivant l'âge et la force du malade et l'intensité de la phlegmasie, placées à la partie antérieure et latérale du cou, et répétées à de courts intervalles autant de fois que la persistance de l'inflammation le réclame, sont d'une efficacité qui est rarement en défaut. Il est avantageux, lorsque le sujet est pléthorique ou la phlegmasie très-intense, de débuter par une saignée générale, ou deux s'il y a lieu, du bras ou du pied. On aide l'action de ces moyens par une diète sévère pendant toute la période d'acuité ; des cataplasmes émolliens sur la gorge, placés à nu sur les piqûres des sangsues pendant que le sang coule encore ; l'usage de décoctions émollientes et mucilagineuses, que le malade garde le plus de temps possible au fond de la bouche, comme bain local, et avec la précaution de ne pas s'en gargariser ; le silence absolu, la situation élevée de la tête, un air ni chaud ni froid, le soin d'éviter tous les efforts inutiles de déglutition et d'expuition, enfin des boissons adoucissantes, mucilagineuses, peu sucrées et tièdes.

Quand la période d'acuité est passée, on joint aux moyens précédens les pédiluves chauds et sinapisés ou les cataplasmes de moutarde et de vinaigre sur les coude-pieds, les lavemens purgatifs, les tisanes laxatives, telles que l'eau de casse, l'émétique en lavage, le petit-lait tamarindé, etc., les gargarismes acidulés, dont il est toujours prudent de ne faire usage que comme de bains locaux, et que l'on peut rendre astringens sur la fin de la maladie en les composant avec les décoctions de feuilles de ronces, d'écorce de grenade, auxquelles on ajoute le miel rosat, et même l'acide sulfurique à la dose de cinq à six gouttes, s'il y a quelques couches membraniformes à détacher. Après l'expulsion de ces fausses membranes, la portion muqueuse qu'elles recouvrent est quelquefois d'une exquise sensibilité ; un gargarisme émollient et rendu narcotique par l'addition et la décoction de tête de pavot, remédie promptement à cet état. Si l'on juge à propos de permettre des alimens, ils ne doivent être ni salés, ni épicés, ni trop consistans, mais doux et presque liquides ; tous les fruits acidulés cuits conviennent parfaitement.

L'émétique a été employé avec succès au début des palatites même intenses ; on le recommandait surtout dans celles qui étaient accompagnées des symptômes de *l'embarras gastrique*, de l'*angine bilieuse* des auteurs, et dans ces cas, en effet, il produisait de rapides guérisons. Long-temps nous avons hésité à suivre cette pratique, retenus par la crainte d'enflammer l'estomac, que nous croyions déjà trop irrité, et certains d'ailleurs de guérir tout aussi bien quoique plus lentement nos malades par les antiphlogistiques directs ; mais enfin nous nous sommes décidés à l'employer, et nous en avons obtenu les résultats les plus avantageux. Nous avons donc dû chercher à nous expliquer ces faits, contradictoires en apparence aux principes dont nous sommes pénétrés, et voici ce que nous avons remarqué. Les prétendus symptômes bilieux, d'embarras ou d'irritation gastrique, sont des effets tout naturels de l'irritation locale : les nausées et les envies de vomir dépendent de l'irritation de la luette et de sa chute sur la base de la langue ; le mauvais goût de la bouche est l'effet de l'irritation communiquée à toute la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité par la portion palatine enflammée de cette même membrane ; enfin l'enduit jaunâtre qui recouvre la langue est l'effet direct de cette même irritation, comme il en est le résultat indirect lorsque l'estomac est irrité. Et ce qui achève de prouver que tous ces symptômes sont locaux, c'est qu'ils ne sont accompagnés ni de soif, ni de douleur, ni de chaleur épigastrique, ni d'augmentation de la chaleur de la peau, ni enfin d'accélération du pouls, ce qui aurait inévitablement lieu si l'estomac était irrité. L'innocuité, les bons effets de l'émétique s'expliquent donc tout naturellement. Mais il faut bien prendre garde de ne pas commettre de méprises, il faut ne l'administrer que dans l'absence bien constatée des symptômes d'irritation gastrique que nous venons d'énumérer, s'en abstenir chez les sujets nerveux, irritables, maigres, et dans les cas douteux lui préférer les moyens antiphlogistiques dont aucun inconvénient sérieux ne peut suivre l'emploi.

C'est aussi aux moyens antiphlogistiques précédemment indiqués qu'il faut avoir recours (la

diète exceptée) si la maladie est passée à l'état chronique ou a toujours existé sous cette forme, seulement on les proportionne à son peu d'intensité. Mais il est bon de se rappeler que, lorsqu'elle dure long-temps dans cette nuance et résiste aux moyens locaux et aux révulsifs appliqués sur la peau, elle est presque toujours sympathique d'une irritation gastrique, et ne peut céder que lorsque celle-ci est détruite. Lorsque la palatite est intermittente, on peut la combattre, ou par les antiphlogistiques pendant l'accès, ou par l'administration du quinquina dans l'intermittence.

Il arrive quelquefois qu'après plusieurs inflammations successives du voile du palais, ou lorsque cette phlegmasie se prolonge et passe à l'état chronique, la luette reste engorgée; elle touche sur la base de la langue et même descend dans la gorge, force à des mouvemens continuels de déglutition et provoque une toux fatigante. Si en portant sur elle des astringens par le moyen des gargarismes, ou sur l'extrémité d'une cuillère, on ne parvient pas à lui faire reprendre sa position et son volume naturels, il faut en faire l'excision.

La mobilité de cette partie et la facilité avec laquelle elle fuit au devant de l'instrument tranchant, ont fait imaginer un assez grand nombre d'instrumens qu'on a crus propres à faciliter cette opération : tous sont inutiles, le procédé suivant est le seul qu'on mette maintenant en usage. La bouche étant largement ouverte, le chirurgien saisit avec une pince à anneaux, et mieux avec une petite pince droite à polype, l'extrémité flottante de la luette, et la fixe, tandis qu'avec des ciseaux droits ou courbes sur leur plat, bien affilés, tenus de la main droite, et dirigés horizontalement un peu de droite à gauche, il la retranche d'un seul coup le plus près possible de sa base. Il n'y a point d'hémorragie à craindre, et il est inutile de dire qu'il n'est besoin d'aucun pansement.

### De la pharyngite.

Il n'est pas très-fréquent de rencontrer dans la pratique l'inflammation bornée à la membrane muqueuse du pharynx; elle s'étend presque toujours aux parties voisines; cependant on l'observe quelquefois, et les auteurs ont décrit cette phlegmasie circonscrite sous les noms d'*angine pharyngienne*. Ce sera pour nous la *pharyngite*.

*Causes.* Elles sont absolument les mêmes que celles de l'affection précédente; seulement la pharyngite *chronique* est plus souvent encore que la palatite, sympathique de l'irritation chronique de l'estomac, et plus fréquemment aussi produite par le virus syphilitique.

*Symptômes.* Au siége près, ils diffèrent à peine des précédens. En examinant le fond de la gorge au grand jour, on voit la membrane muqueuse du pharynx rouge, luisante, sèche et souvent parsemée de petites plaques arrondies, grisâtres, qui ne sont autre chose que du mucus épaissi et très-collant, qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec des ulcères syphilitiques. La voix n'est pas changée comme dans la palatite, ou bien elle l'est très-peu; la déglutition est moins difficile, mais plus douloureuse; enfin, il y a presque toujours une toux gutturale avec expuition difficile et douloureuse; le malade se plaint que cette toux et les efforts pour cracher qu'elle provoque, lui râclent, lui déchirent le fond du gosier.

La pharyngite très-violente s'accompagne quelquefois de l'horreur des liquides et parfois d'une constriction spasmodique insurmontable du pharynx lorsqu'un liquide vient à le toucher.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Ordinairement moins grave que la palatite, on voit plus rarement encore la pharyngite se terminer par ulcération et surtout par gangrène; la résolution s'en obtient presque constamment en quelques jours. Tout ce que nous avons dit, au reste, de celle-là lui est applicable, jusqu'aux lésions cadavériques, qui, au siége près, sont les mêmes.

*Traitement.* Nous renvoyons également pour les règles du traitement à celles que nous avons posées pour la palatite.

### De la palato-pharyngite. Angine couenneuse.

On observe bien plus communément les deux inflammations que nous venons de décrire, réunies que séparées; mais il est si facile de se faire une idée de cette complication d'après tout ce qui précède, que nous ne lui aurions pas consacré d'article séparé, si nous ne devions appeler l'attention des lecteurs sur une variété de cette phlegmasie, décrite dans ces derniers temps par MM. Bretonneau et Guersent, sous les noms d'*angine couenneuse* ou *pseudo-membraneuse*, et *angine pultacée* ou *caséiforme* (1). Cette affection est de même nature que celle que nous avons déjà décrite sous le nom de *croup*, puisqu'elle consiste comme elle dans une inflammation avec production de fausses membranes. MM. Bretonneau, Guersent et Deslandes ont mis cette vérité hors de toute contestation (2); mais il ne faut pas en conclure avec M. Bretonneau (3) qu'on doive les confondre dans une même étude; car ce n'est pas la nature des désordres qui constitue les espèces en pathologie, mais bien le siége de ces altérations. La pharyngite et la laryngite couenneuses peuvent exister isolées, des faits nombreux le prouvent; elles occupent des organes différens, elles troublent des fonctions différentes, elles s'annoncent toutes deux par des symptômes particuliers, ce sont donc deux maladies distinctes. Si l'opinion contraire pouvait prévaloir, il faudrait cesser aussi d'étudier séparément la *gastrite*, la *duodénite*, l'*entérite* et la *colite*, ces phlegmasies étant de même nature et pouvant exister simultanément sur un même individu.

*Causes.* Ce sont encore à peu près les mêmes causes que nous avons reconnues aux phlegmasies précédentes qui développent celle-ci. On l'observe dans tous les pays, sous toutes les latitudes et dans toutes les saisons, mais plus particulièrement cependant dans les pays du nord, humides et voisins

(1) *Dictionnaire de Médecine*, tome II, pages 379 et suivantes.

(2) *Journal des progrès des Sciences et institutions médicales*, 1827.

(3) *Des Inflammations spéciales du tissu muqueux et en particulier de la diphthérite ou inflammation pelliculaire*, etc., in-8, Paris, 1826.

de la mer, dans les climats tempérés et au printemps. Les enfans, surtout jusqu'au terme de la troisième dentition, sont plus exposés à la contracter; mais néanmoins elle attaque quelquefois les adultes, et plus rarement les individus avancés en âge. On voit quelquefois apparaître cette maladie comme par petits groupes, soit dans les familles ou des pensionnats, et y moissonner plusieurs enfans, sans se répandre au delà. Dans d'autres cas, au contraire, elle dissémine ses ravages sur une assez grande étendue de pays, à la manière des autres épidémies meurtrières. Enfin, quelques faits tendent à faire croire qu'elle peut être contagieuse.

*Symptômes, marche, durée et terminaisons.* Le début est ordinairement insidieux et ne fait pas présumer une phlegmasie; mais bientôt le malade se plaint de torticolis, de chaleur et de douleur dans la gorge; le cou est ordinairement gonflé; les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont engorgés, les yeux larmoyans, la face bouffie; quelquefois il y a de la fièvre et des vomissemens; la base de la langue, le voile du palais, la luette, qui est ordinairement gonflée et pendante, sont d'un rouge intense et d'un rose pâle, ou d'un rouge très-vif, s'il existe en même temps *rougeole* et *scarlatine*. (Voy. ces mots.) Plus ou moins rapidement, il apparaît sur les amygdales, le voile du palais et le pharynx, successivement ou à la fois, des plaques irrégulières d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé, qui s'étendent, se réunissent, se confondent et envahissent quelquefois tout le pharynx, les fosses nasales, le larynx et la trachée-artère. Alors la déglutition devient souvent difficile sans être douloureuse; les liquides sont rejetés par les narines, les malades nasillent, toussent, surtout quand ils boivent, et dans beaucoup de cas, tous les symptômes de la *laryngite* accompagnent ceux que nous venons d'indiquer; il découle parfois du nez un liquide jaunâtre ou sanguinolent, qui a une odeur nauséeuse et presque spermatique; les gencives et les lèvres sont souvent saignantes, et la bouche exhale chez la plupart des adultes une odeur infecte, analogue à celle de la carie des dents; on ne remarque pas en général la même odeur chez les jeunes enfans. Le malade est tantôt agité et tourmenté par les angoisses de la suffocation, tantôt il est accablé et dans un état de somnolence dont il ne sort que par les secousses de la toux, qui provoquent quelquefois des épistaxis.

Les malades succombent le plus souvent du troisième au septième jour, mais jamais avec du délire, à moins d'une complication avec une phlegmasie encéphalique, ce qui paraît très-rare. Lorsque la maladie prend une tournure favorable, toutes les parties du pharynx s'humectent et sont abreuvées d'abord par un mucus écumeux et limpide, et une salive quelquefois sanguinolente. Cette excrétion prend ensuite le caractère d'une expectoration catarrhale. Le cercle rouge qui environne les plaques augmente d'étendue, et tantôt ces plaques s'exfolient, se détachent en lambeaux, et sont rejetées par le vomissement ou dans des quintes de toux; tantôt, au contraire, les plaques couenneuses adhèrent intimement à la membrane muqueuse, et semblent usées et résorbées par degrés; de sorte qu'elles passent de la couleur lardacée au blanc clair, et deviennent ensuite transparentes, au point qu'on aperçoit au dessous d'elles la membrane muqueuse comme à travers une gaze; enfin elles disparaissent complètement sans offrir d'exfoliation remarquable. Pendant le travail de l'exfoliation ou de la résorption de la fausse membrane, toutes les parties visibles à l'œil ont repris une couleur rose un peu plus vive que celle que l'on observe au début de la maladie. Cette teinte disparaît ensuite peu à peu, et la membrane muqueuse revient à son état naturel; mais souvent après la guérison, la luette et les amygdales sont diminuées de volume, et comme rétractées sur elles-mêmes (1).

Les symptômes varient suivant que l'affection est bornée au pharynx, qu'elle occupe le pharynx, le larynx et la trachée tout à la fois, et que les symptômes inflammatoires sont intenses ou peu prononcés. M. Guersent a fait de ces différences autant de variétés de la maladie, sous les noms d'*angine couenneuse pharyngienne*, et *angine pharyngienne couenneuse et laryngo-trachéale*, qu'il partage en *sthénique* et en *asthénique*. Mais il est une autre forme de l'angine couenneuse à laquelle M. Guersent a cru devoir donner un nom particulier: celui d'*angine pultacée* ou *caséiforme*, qui diffère peut-être assez de la précédente pour constituer une variété particulière. A son début, la rougeur du pharynx est très-vive, le gonflement des amygdales souvent considérable, et la déglutition très-gênée. Bientôt, le lendemain ou peu de jours après l'invasion, les piliers extérieurs du voile du palais, les amygdales et le pharynx se recouvrent de flocons d'une matière pultacée, grise ou jaunâtre, ou blanche et caséense, se prenant en masses ou en croûtes molles, faciles à enlever et à sillonner avec un corps dur, se renouvelant avec assez de promptitude, se propageant souvent jusqu'à l'œsophage, mais jamais dans le larynx et la trachée-artère, et ne se détachant jamais par lambeaux comme les fausses membranes de l'angine couenneuse. Cette forme, ou cette variété de l'angine couenneuse, ou cette angine particulière, suivant l'opinion que l'on adoptera, accompagne souvent la scarlatine; on l'observe aussi isolée de toute autre affection; tantôt elle règne épidémiquement, et tantôt elle se montre à l'état sporadique; elle n'est jamais grave. Nous regardons ces distinctions comme peu fondées, surtout celle qui attribue quelques unes de ces affections à la force et les autres à la faiblesse. La nature de la maladie nous paraît être la même dans les deux cas, ce sont les individus qui diffèrent: chez les uns, la réaction peut s'opérer, chez les autres elle ne le peut pas; mais il répugne à la raison et à la physiologie, d'admettre que des fausses membranes semblables, qu'un même travail morbide, soient ici le résultat d'une augmentation de l'action vitale, et là d'une diminution de cette même action.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Le pronostic de l'angine couenneuse est toujours assez grave; il l'est d'autant plus que l'inflammation occupe plus de parties, qu'elle est plus intense, et que le malade offre moins de résistance vitale, *et vice*

(1) *Dictionnaire et Ouvrages cités.*

*versâ*. Chez les enfans d'une extrême débilité, l'issue est presque toujours funeste. Nous avons déjà dit que la terminaison heureuse se faisait, ou par le décollement et l'expulsion des fausses membranes, ou par leur résorption.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve la fausse membrane disposée par plaques ou en nappes, et s'étendant sur le pharynx, le voile du palais et les amygdales. Quelquefois elle recouvre l'épiglotte et les lèvres de la glotte; elle s'avance même, dans quelques cas, dans le larynx, la trachée-artère, et même jusque dans les divisions des bronches. On l'a vue remonter derrière le voile du palais jusque dans les fosses nasales, et même dans les sinus frontaux, d'autres fois descendre dans l'œsophage, s'interrompre au milieu de ce conduit pour reparaître vers le cardia et occuper une partie de l'estomac. Au dessous de cette concrétion, la membrane muqueuse n'est ni excoriée ni ulcérée; dans quelques cas très-rares, elle est érodée sur quelques parties du phrarynx. La base de la langue est marbrée de rouge et de violet, les cryptes muqueuses y sont très-développées et souvent rougeâtres; le voile du palais, la luette, les amygdales et les parties latérales du pharynx sont ordinairement d'un rouge violet: tout le tissu est gorgé de sang noir. En un mot, on ne rencontre nulle part de traces de gangrène, et partout celles de l'inflammation ou plutôt de l'hémorragie. C'est donc par erreur que l'on a regardé cette maladie comme gangréneuse, et que tant d'auteurs l'ont décrite sous le nom d'*angine gangréneuse*.

*Traitement.* Il repose sur deux données principales : détruire l'inflammation, et provoquer l'expulsion des fausses membranes. Pour remplir la première indication, aucun moyen n'est préférable aux émissions sanguines. Les saignées générales sont, dit-on, rarement nécessaires, excepté au début, chez les enfans pléthoriques, les adultes, ou dans le cas de complication de pneumonie ou toute autre inflammation d'un parenchyme. Cependant nous y avons eu recours, dans quelques cas qui n'en paraissaient par réclamer l'emploi, avec un succès marqué, et nous pensons qu'il y a lieu à expérimenter de nouveau ce moyen que l'on a prescrit sans raisons suffisantes. Mais les saignées locales sur les parties antérieures et latérales du cou, renouvelées autant de fois que l'exigent la violence et la ténacité de l'inflammation, sont très efficaces.

Toutefois, il faut s'abstenir des évacuations sanguines dans les cas où la réaction est nulle ou presque nulle; elle réussissent d'autant mieux que l'irritation et l'anxiété sont plus grandes, la rougeur et le gonflement plus prononcés, le pouls plus plein et plus accéléré, etc. En général, c'est au début de la maladie qu'il faut y avoir recours, car c'est principalement alors qu'elles sont efficaces; et lorsqu'il est nécessaire d'en réitérer les applications, il faut mettre peu d'intervalle entre chacune d'elles : autrement on s'exposerait à voir l'inflammation reprendre toute son intensité d'une saignée locale à l'autre, tant sa marche est ordinairement rapide.

L'émétique, le polygala, l'ipécacuanha en poudre ou sous forme de sirop, sont les moyens de remplir la seconde indication, celle d'expulser les fausses membranes.

On ne doit jamais en tenter l'arrachement : outre la difficulté d'y réussir, on accroît toujours par cette manœuvre les accidens locaux de l'inflammation, et l'exsudation couenneuse ne tarde pas à se renouveler. Les scarifications sur les amygdales n'ont pas les mêmes inconvéniens, mais elles sont d'un trop faible secours pour engager à y recourir.

Enfin, quand la période d'acuité est passée, on peut recourir avec avantage, dans l'intention de produire des révulsions, au calomélas ou protochlorure de mercure, depuis cinq à six grains jusqu'à demi-gros et plus dans les vingt-quatre heures, aux pédiluves sinapisés, aux sinapismes et aux vésicatoires.

Les vésicatoires surtout sont d'un grand secours dans cette maladie, et principalement lorsqu'ils sont appliqués non loin du siége du mal, entre les deux épaules, à la nuque, et même à la partie antérieure du col. On dissipe très-promptement en général la suffocation et les quintes de toux, par le moyen des pédiluves ou des cataplasmes sinapisés appliqués sur les extrémités inférieures. Nous conseillons de n'avoir recours au musc, à l'assa-fœtida et autres anti-spasmodiques, chez les sujets nerveux, que dans les cas désespérés; ils devront être toutefois préférés aux révulsifs chez les individus très-irritables. Dans un cas extrêmement grave d'angine couenneuse, contre laquelle nous avions vainement employé les sangsues au cou, les gargarismes contenant du sulfate d'alumine à haute dose, et ceux d'acide hydrochlorique très-étendu, les purgatifs et les topiques irritans sur les extrémités inférieures, nous avons eu recours avec le plus grand succès, d'après le conseil de M. Dupuytren, au chlorure d'oxide de sodium de Labarraque dans un gargarisme. Un second exemple de cette maladie s'étant présenté peu de temps après à notre observation, nous avons employé le même médicament avec la même efficacité. La rapidité des bons effets dans les deux cas, nous fait penser que le chlorure d'oxide de sodium sera des plus utiles dans cette grave affection.

L'insufflation de l'alun en poudre est un moyen assez prompt et assez sûr de faire disparaître les fausses membranes. Mais la cautérisation, au moyen de la pierre infernale, paraît l'emporter sur ce moyen en efficacité; l'emploi en est aussi plus facile, et, par ce motif, nous lui donnons la préférence.

M. Guersent proscrit la méthode anti-phlogistique du traitement de la variété qu'il nomme *asthénique*, et que nous avons dit être la même maladie, sur des sujets extrêmement faibles. Sans doute, on doit s'abstenir des émissions sanguines lorsque le malade est un enfant presque sans pouls et sans voix; mais il nous semble qu'on doit proscrire avec la même sévérité ces moyens locaux irritans que M. Guersent conseille, tels que le miel rosat dans lequel on ajoute un cinquième ou un tiers d'acide hydro-chlorique concentré; les vapeurs éthérées, ammoniacales, et les fumigations guytoniennes, moyens que nous croyons plus propres à augmenter l'irritation qu'à la détruire. Les vapeurs d'ammoniaque et de chlore surtout nous paraissent des plus dangereuses; elles peuvent provoquer le dé-

veloppement de la maladie dans le larynx, si elle n'y existe pas encore : car on sait que c'est précisément une des propriétés de ces gaz, de produire des laryngites avec formation d'une fausse membrane. Le premier de ces moyens avec des doses moindres d'acide, peut seul convenir dans les cas où l'affection est très-bornée. Mais nous emploierons de préférence les cataplasmes de moutarde ou les vésicatoires autour du cou, entre les deux épaules, aux pieds; les frictions irritantes sur la peau, les vomitifs dans quelques cas, le calomélas et les lavemens stimulans, même de quinquina camphré, si les voies digestives n'étaient pas irritées; au reste, cette médication est aussi conseillée par M. Guersent.

### De l'œsophagite.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'œsophage est très-rare. Presque toujours elle est accidentelle, et produite par la déglutition des liquides trop chauds, irritans ou caustiques, et surtout par des corps aigus, tels qu'une arête ou une esquille d'os qui s'arrêtent dans ce conduit ou le déchirent en passant; rarement elle est spontanée. Les signes qui la font reconnaître sont peu nombreux; ils se bornent à une douleur sur un point de ce canal, ordinairement ressentie entre les deux épaules, et à la difficulté de la déglutition: la douleur est toujours augmentée par le passage du bol alimentaire, souvent même elle ne se fait sentir que dans ce moment. Dans un cas d'œsophagite que nous avons eu tout récemment occasion d'observer, la pression exercée immédiatement au dessous de l'appendice xiphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. La douleur était surtout marquée au côté gauche du larynx, entre les deux épaules et sous l'appendice xiphoïde. Les liquides les plus doux et les alimens les plus légers étaient arrêtés comme par un nœud, suivant l'expression de la malade. Il n'y avait ni soif, ni perte d'appétit, ni chaleur de la peau, ni fréquence du pouls. Une application de sangsues soulagea d'abord, et un bain fit ensuite presque tout disparaître.

Cette affection est peu grave, excepté lorsqu'elle est produite par un corps étranger qui déchire la membrane muqueuse, perce et traverse les parois de l'œsophage et pénètre dans la poitrine. Elle peut devenir grave aussi par son extension à la membrane muqueuse de l'estomac; encore, dans ces deux cas, n'est-ce pas elle qui fait le danger. Cette phlegmasie peut exister à l'état chronique, déterminer par sa durée l'épaississement des parois de l'œsophage, et par conséquent le rétrécissement de son canal, l'ulcération et la rupture de ce conduit, comme Boerhaave en rapporte un exemple; elle peut enfin produire la dégénérescence lardacée et cancéreuse. Dans ce dernier cas, la douleur est lancinante, le canal est rétréci au point qu'une sonde du plus petit calibre peut à peine pénétrer; la déglutition finit par devenir impossible, ou, si elle a encore lieu, les alimens sont rejetés presque immédiatement après leur arrivée dans l'estomac, qui participe alors à la phlegmasie; enfin il s'y joint de la dyspnée. Le traitement de cette phlegmasie consiste dans l'emploi des boissons douces, mucilagineuses et tièdes, qui souvent suffisent seules pour la guérir, et les applications de sangsues sur les parties latérales du cou, lorsqu'elle est intense et qu'elle occupe les parties supérieures du conduit œsophagien, sur les parties latérales de la colonne vertébrale, et à la hauteur du point douloureux, lorsqu'elle est plus profonde.

### De la gastrite.

Nous partagerons en trois sections l'histoire de cette phlegmasie. La première traitera de la *gastrite aiguë continue;* la seconde, de la *gastrite chronique continue;* et la troisième de la *gastrite intermittente aiguë et chronique.*

#### Gastrite aiguë continue.

L'inflammation de la membrane muqueuse gastrique est beaucoup moins commune à l'état aigu qu'à l'état chronique. Rarement aussi la phlogose est-elle bornée à l'estomac; elle occupe presque toujours en même temps une étendue plus ou moins considérable de l'intestin grêle (*gastro-entérite*). Il faut en général, pour qu'elle reste circonscrite dans le premier de ces organes, que la cause qui la produit agisse directement et exclusivement sur lui. Cependant elle s'y développe aussi quelquefois sous l'influence d'une cause générale, sans se propager au duodénum; elle a été décrite sous les noms de *cardialgie*, *passion cardiaque*, *causus*, *gastrite*, etc.; nous lui conserverons cette dernière dénomination.

*Causes.* Une sensibilité plus grande de la membrane muqueuse de l'estomac la prédispose certainement à s'enflammer; mais il est de fait que tous les âges, tous les tempéramens, et les deux sexes, sont à peu près également disposés à contracter cette inflammation; elle se développe ordinairement sous l'influence de la chaleur excessive, et de l'administration des médicamens trop stimulans, tels que l'émétique, lorsque l'estomac est trop irritable ou déjà irrité, ou après un accès de colère (Hoffmann). Les boissons glacées prises dans cette même circonstance ou quand le corps est en sueur; toutes les stimulations violentes de cet organe, en même temps qu'on cherche à faire disparaître, par les répercussifs, les narcotiques ou les astringens, une inflammation extérieure, comme la goutte, une dartre vive, un érysipèle, etc.; les excès de liqueurs alcooliques; les poisons âcres, caustiques, narcotico-âcres; les alimens ayant subi un commencement de fermentation putride, les œufs de certains poissons, tels que ceux du brochet et du barbeau, les moules à quelques époques de l'année, la présence de corps étrangers, tels que des pièces de monnaie, etc.; les miasmes très-actifs, la privation prolongée d'eau et de tout liquide propre à étancher la soif pendant une chaleur extrême, la faim non satisfaite pendant plusieurs jours, les passions violentes et concentrées; enfin, les fortes compressions, les coups et les chutes sur la région épigastrique.

L'action de toutes ces causes sur l'estomac étant immédiate et celle de la plupart d'entr'elles très-énergique, on conçoit que l'effet en doive être violent et prompt, et c'est aussi ce qui a lieu le plus communément. Cependant toutes les gastrites aiguës ne sont pas violentes; d'une part, parce que l'estomac, habitué de bonne heure à recevoir des substances de nature et de propriétés très-variées, réagit en général avec une grande puissance d'énergie contre les agens propres à l'enflammer; et d'une autre part, parce qu'il s'enflamme aussi quelquefois sous l'influence de causes beaucoup moins puissantes que les précédentes, et dont les effets sont par conséquent moins prononcés. Quelles sont ces causes? elles nous échappent pour la plupart. Il est probable cependant qu'elles ont leur source pour la majeure partie dans l'alimentation même des individus, et que des stimulations peu exagérées mais journalières, des digestions pénibles se reproduisant fréquemment, en sont les principales.

*Symptômes.* Ils diffèrent suivant que la gastrite est légère ou intense. Dans le premier cas, l'appétit est ou augmenté, ou diminué, ou dans l'état naturel; mais toujours, une, deux ou trois heures après l'ingestion des alimens, un poids se fait sentir à la région épigastrique, de la tension l'accompagne et quelquefois même de la douleur; la soif s'allume, la gorge se sèche, des rapports aigres avec rejet d'un liquide huileux brûlent le gosier, la langue rougit à sa pointe, quelques nausées se déclarent, la tête devient embarrassée ou douloureuse, quelques personnes éprouvent un sentiment d'ivresse et même de véritable congestion cérébrale avec battement des artères temporales, le pouls est un peu accéléré; enfin, une chaleur incommode, plus sensible au ventre, à la tête et à la paume des mains que partout ailleurs, fatigue le malade, des lassitudes se font sentir dans les membres. Passagers, ces symptômes sont ceux d'une indigestion ou tout au moins d'une digestion difficile et douloureuse; continus, ils indiquent un premier degré de gastrite aiguë. Ainsi, pour nous résumer, perte ou augmentation d'appétit, pesanteur, tension ou douleur épigastrique, soif inaccoutumée, sécheresse de la gorge, rapports aigres, rougeur de la pointe de la langue, nausées, céphalalgie, fréquence du pouls, chaleur sèche de l'abdomen, du front et de la paume des mains, lassitudes spontanées, tels sont les symptômes directs et sympathiques d'une inflammation légère de la membrane muqueuse de l'estomac.

Ou bien les symptômes que nous venons d'énumérer s'aggravent jusqu'au degré de la gastrite très-aiguë, ou bien cette phlegmasie débute brusquement, et dans les deux cas, voici quels sont les symptômes, à cette seule différence près que dans celle qui débute tout à coup, un frisson plus ou moins long ouvre la scène. L'appétit est entièrement aboli, la soif est au contraire excessive, mais le malade ne peut souvent ingérer la plus petite quantité de liquide sans le rejeter par le vomissement; il désire les boissons froides et acidules; il n'y a pas toujours douleur épigastrique, mais elle existe souvent, et quelquefois elle est intolérable, elle se fait aussi ressentir parfois ailleurs qu'à l'épigastre, ainsi sous le diaphragme, derrière le sternum, entre les épaules, dans l'hypocondre droit ou gauche, et, dans ce dernier cas, elle s'étend souvent à l'épaule et au bras du même côté; le plus ordinairement elle consiste dans un sentiment de brûlure intérieure; quelquefois l'abaissement du diaphragme dans les mouvemens d'inspiration l'augmente, ce qui gêne beaucoup la respiration. La gorge est sèche et quelquefois enflammée; les vomissemens sont fréquens, souvent continus et douloureux, et toujours suivis de soulagement; ils n'entraînent souvent que les liquides ingérés, un peu de bile, et quelques stries sanguinolentes; d'autres fois ils contiennent beaucoup de bile verte, porracée et âcre; la langue est rouge, pointue et rétractée, la tête douloureuse (ce symptôme n'est pas constant); il y a quelquefois hoquet, aphonie, délire, soubresauts des tendons, mouvemens irréguliers des muscles de la face, et convulsions. Le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes, quelquefois inégal, convulsif, intermittent, et dans quelques cas, il est lent, comme si la douleur enchaînait les contractions du cœur; la chaleur est brûlante et générale, quoique toujours plus vive toutefois à l'abdomen; quelquefois même elle est toute concentrée vers cette partie, et les extrémités sont froides. Le malade se découvre continuellement pour apaiser le feu qui le dévore; il est dans une anxiété extrême et dans une agitation continuelle, il se couche sur le ventre; enfin, la sueur et les urines sont supprimées, ou si cette dernière excrétion s'opère, ce n'est qu'en petite quantité, quelquefois avec cuisson, et l'urine est alors rouge et concentrée.

Entre ces deux degrés extrêmes de la gastrite aiguë, il existe une foule de nuances qu'il est impossible de décrire, mais dont on peut facilement se faire une idée. Tout ce que nous pouvons dire ici, c'est que chez les enfans, la gastrite la plus légère, celle même qui n'est produite que par une simple indigestion, s'accompagne fréquemment de phénomènes cérébraux qui lui donnent une apparence de gravité propre à induire en erreur. Ainsi, l'assoupissement, le coma, la contraction et la dilatation alternatives des pupilles, le renversement du globe de l'œil, le grincement des dents, le serrement des mâchoires, les mouvemens convulsifs et le délire, se manifestent souvent chez eux, à l'occasion de l'irritation même légère de l'estomac. Chez les femmes, le délire, les soubresauts des tendons, et les mouvemens convulsifs se joignent aux symptômes directs de la gastrite, bien plus facilement que chez les hommes. Enfin, chez les vieillards au contraire, une inflammation violente dévore quelquefois la membrane muqueuse de l'estomac, sans que, en raison du petit nombre et du peu de vivacité des sympathies mises en jeu, l'on puisse en soupçonner l'intensité et quelquefois même l'existence. Ces différences se représentent chez les divers individus, suivant que leur tempérament et leur idiosyncrasie les rapprochent de l'enfance ou de la vieillesse, de l'un ou de l'autre sexe; elles s'expliquent par l'activité dont l'encéphale est le foyer dans l'enfance, par la vivacité des

sympathies à cet âge, et chez les femme , par l'irritabilité extrême des uns et des autres; enfin , par l'absence de toutes ces conditions chez les vieillards. On sent de quelle importance doit être la connaissance de ces particularités, pour le diagnostic et le pronostic de la gastrite.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Pour peu que la gastrite se prolonge, elle ne tarde pas à envahir le tube intestinal, du moins dans le plus grand nombre de cas. Nous verrons quels symptômes elle revêt alors quand nous traiterons de la *gastro-entérite.* Cette phlegmasie peut être mortelle en quelques heures, mais il est rare que sa marche soit aussi rapide, cela ne s'observe guère que dans les cas d'empoisonnement, et alors c'est plutôt le poison qui tue que la phlegmasie; en général elle n'entraîne la mort qu'après quinze ou vingt jours de durée. Le danger est en proportion de son intensité; dans le plus grand nombre des cas elle guérit. Elle se termine par résolution, par ulcération, par le passage à l'état chronique, quelquefois, mais très-rarement, par la gangrène, enfin par la perforation des membranes de l'estomac. On ne l'a jamais observée épidémique. Elle est toujours plus difficile à guérir lorsqu'elle succède à la gastrite chronique que lorsqu'elle est primitive.

*Caractères anatomiques.* On trouve à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la gastrite aiguë, la membrane muqueuse de l'estomac diversement altérée, suivant que l'inflammation a été plus ou moins rapide et plus ou moins intense. Ordinairement elle est rouge et épaissie, et ses vaisseaux sont considérablement injectés; cette coloration varie , en parcourant toutes les nuances entre le rose vif et le brun violacé , et elle pénètre plus ou moins profondément l'épaisseur de la membrane qui ordinairement est en même temps ramollie. On peut en général apprécier assez exactement le temps qu'a duré la phlegmasie, par la nuance plus ou moins foncée de la coloration de la muqueuse; une teinte d'un rose vif indique que l'inflammation était récente, la teinte brunâtre au contraire, prouve qu'elle avait déjà un certain temps de durée lorsque la mort est survenue. Le volume de l'estomac est quelquefois diminué au point que cet organe rétracté sur lui-même ne forme plus qu'une poche dont la capacité diffère à peine de celle de l'intestin. La membrane muqueuse est quelquefois convertie en une sorte de bouillie gélatiniforme qu'on enlève facilement en raclant, et qui laisse, dans une étendue plus ou moins grande, les parois de l'estomac réduites à un état d'amincissement extrême. Dans quelques cas rares, les tuniques de cet organe, dans une surface plus ou moins étendue, vont en diminuant graduellement d'épaisseur et comme par une sorte d'usure, de la circonférence au centre où elles sont excessivement minces ou perforées. Cette altération appartient, il est vrai, plutôt à la gastrite chronique qu'à l'aiguë; dans celle-ci, lorsqu'il y a perforation, il est plus ordinaire de voir les membranes percées à pic et comme par un emporte-pièce. Les ulcérations de la membrane muqueuse gastrique sont assez rares, sa gangrène l'est encore davantage.

*Traitement.* Dans les nuances légères de la gastrite, il suffit ordinairement de quelques jours de diète et de l'usage des boissons gommeuses, mucilagineuses ou acidules pour la dissiper en peu de jours. Lorsqu'elle est plus aiguë , il faut joindre à ces mêmes moyens , les saignées locales à l'épigastre et les topiques émolliens sur cette même région. C'est l'habitude clinique qui apprend à proportionner le nombre des sangsues et des applications qu'on en doit faire, à l'intensité de la phlegmasie, à la force, au tempérament et à l'âge de chaque malade. Dans les cas d'extrême intensité, il est souvent utile d'accompagner ou de faire précéder les saignées locales par une ou deux saignées générales; et lorsque les forces sont tellement prostrées par la violence de la phlegmasie, que le pouls bat à peine et que les extrémités sont froides, il importe souvent, avant toute évacuation sanguine ou tout au moins en même temps qu'on y a recours, de provoquer une sorte de réaction au moyen des sinapismes et des vésicatoires. Les boissons doivent être administrées froides et même glacées à très-petites doses, par cuillerées très-rapprochées si elles sont à la glace, afin d'éviter de donner à la réaction qui suit toujours leur effet sédatif, le temps de s'opérer. Si l'estomac ne peut pas même les garder en si petite quantité, il faut se borner à donner au malade quelques tranches de citron ou d'orange à sucer pour tromper sa soif. On peut en même temps appliquer de la glace sur la région de l'estomac. Une remarque importante à faire, c'est que, dans ces gastrites excessivement violentes dans lesquelles la douleur semble enchaîner le pouls, on voit ordinairement, après la première application de sangues, l'artère monter rapidement de soixante à quatre-vingts, cent, cent vingt et cent trente pulsations par minute. Bien loin d'indiquer un accroissement de symptômes, ce phénomène annonce une légère diminution, mais en même temps la nécessité de revenir aux saignées locales. Nous ferons remarquer encore que plusieurs individus ne peuvent pas supporter les acides : les personnes blondes, les individus très-nerveux et les femmes sont en général dans ce cas; on remplace alors ces boissons par les décoctions très-légères d'orge, de mauve, de chiendent, les solutions gommeuses ou d'albumine, et même l'eau pure, si ces liquides surchargent encore trop l'estomac.

Les bains sont en général d'un médiocre secours dans la gastrite aiguë, cependant on y a recours quelquefois avec succès pour combattre un des symptômes les plus fatigans de cette phlegmasie, savoir le vomissement opiniâtre; on doit dans ce cas y laisser séjourner les malades pendant plusieurs heures; on ajoute toujours à leur efficacité en les composant avec une décoction émolliente. On a combattu quelquefois aussi ce symptôme par l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique. Les lavemens laxatifs concourent également à le faire cesser. Lorsque la douleur épigastrique est en même temps très-vive, on retire parfois de bons effets de l'emploi du laudanum en frictions sur l'épigastre et même à l'intérieur, mais à petites doses. Mais en général les narcotiques sont de peu d'utilité dans cette affection. On peut poser en principe que plus le traitement de la gastrite

aiguë est simple et plus les chances de succès sont grandes. Une diète sévère, absolue, est indispensable, et l'on ne doit revenir aux alimens dans la convalescence qu'avec les plus grandes précautions, et en commençant par les plus légers, tels que le lait d'abord, puis les potages maigres, puis les légumes, les œufs frais, le poisson, et enfin les viandes blanches.

Lorsque la gastrite est l'effet d'un empoisonnement, le médecin doit chercher à s'assurer quelle est la nature du poison ingéré, et s'il l'apprend, et que peu de temps se soit écoulé depuis son ingestion, il devra administrer sur-le-champ le contre-poison, par la voie de l'estomac et du gros intestin. Ainsi, contre les sels mercuriels et cuivreux, on donnera de grandes quantités de dissolution d'albumine; contre les sels d'étain, du lait étendu d'eau; contre les préparations antimoniales solubles, l'infusion légère de noix de galle ou la décoction de quinquina; contre les sels de plomb et de baryte, une dissolution très-étendue de sulfate de magnésie ou de soude; contre le nitrate d'argent, la dissolution très-étendue de sel commun; contre tous les acides concentrés, la dissolution très-étendue de magnésie; enfin contre tous les alcalis concentrés, les boissons légèrement acidulées. Tous ces liquides doivent être administrés promptement et en grande quantité. Mais si la nature de la substance vénéneuse ne peut pas être connue sur-le-champ, il faut se hâter d'en procurer l'expulsion par l'eau tiède ou froide, simple ou sucrée, à hautes doses pour dissoudre en même temps le poison; par le chatouillement de la luette avec la barbe d'une plume; enfin par l'émétique dans le seul cas d'empoisonnement récent par les moules et les poisons. Ces moyens doivent être employés alors même qu'on a recours aux contre-poisons que nous avons indiqués. Si un resserrement convulsif des mâchoires ou une constriction spasmodique de la gorge s'opposait à l'ingestion de ces liquides et au rejet de la substance vénéneuse, il faudrait les porter dans l'estomac à l'aide d'une sonde de gomme élastique, et les retirer par le moyen d'une seringue. Que si l'obstacle dépendait de l'inflammation du pharynx et de l'œsophage, les saignées locales seraient le meilleur remède à opposer. Après l'emploi de ces moyens, il ne reste plus qu'à combattre l'inflammation gastrique par les applications répétées de sangsues, les boissons délayantes, les fomentations, les lavemens émolliens et la diète. Cette dernière partie du traitement est la seule qu'on puisse mettre en pratique, si l'empoisonnement date déjà de deux ou trois jours, à moins cependant qu'il n'y ait eu ni selles, ni vomissemens, car alors quelques portions de substance vénéneuse non absorbée pouvant se trouver encore dans les voies digestives, il importe d'en tenter la neutralisation, la dissolution et l'expulsion, par les procédés indiqués ci-dessus.

Quant au traitement de la gastrite produite par les poisons irritans dont on ne connaît pas les contre-poisons, tels que les composés d'arsenic, d'or, de bismuth, de zinc, le nitrate de potasse, le sel ammoniac, le foie de soufre, les cantharides, les végétaux et les principes immédiats des végétaux âcres, il ne se compose que des boissons non émétisées propres à favoriser le vomissement, et des antiphlogistiques destinés à combattre l'inflammation que ces agens ont développée. Dans l'empoisonnement par l'*oxide d'arsenic*, on se sert avec avantage d'une boisson préparée avec deux tiers d'eau sucrée et un tiers d'*eau de chaux;* dans la gastrite occasionée par des morceaux de verre ou d'émail, M. Orfila conseille d'ingérer des pommes de terre, des haricots, du chou, etc., qui remplissent l'estomac et enveloppent la substance irritante, puis d'administrer quelques grains d'émétique pour en obtenir le rejet; après quoi on combat les accidens inflammatoires ainsi qu'il a été dit précédemment. Dans les gastrites produites par les poisons narcotiques et narcotico-âcres, on prescrit d'abord les vomitifs, et les purgatifs si l'on pense que des portions de la substance vénéneuse aient passé dans les intestins, puis les antiphlogistiques. Le vinaigre et les autres acides végétaux ne sont utiles dans l'empoisonnement par les narcotiques qu'après l'expulsion de ces substances, mais alors ils sont d'une grande utilité, et l'on doit administrer toutes les cinq minutes, et alternativement, une tasse d'eau vinaigrée ou acidulée avec le suc de citron ou l'acide tartarique, et une tasse d'infusion de café, jusqu'à ce que le malade soit hors de danger. Ajoutons que, comme l'effet des poisons narcotiques ne se borne pas à l'estomac, mais qu'il s'étend jusqu'à l'encéphale, il est nécessaire de combattre les accidens inflammatoires dans les deux siéges. Dans les gastrites produites par l'ingestion de la noix vomique, du camphre, de la coque du Levant, de l'upas-tieuté, de la fève de Saint-Ignace, de la strychnine, etc., il faut donner un vomitif dont on favorise l'action en chatouillant le gosier. Mais comme les principaux accidens, ceux qui font tout le danger, ont leur source dans d'autres lésions que l'inflammation des voies gastriques, des moyens spéciaux deviennent ici nécessaires; nous les indiquerons ici afin de n'y pas revenir : ainsi on insuffle de l'air dans les poumons pour s'opposer à l'axphyxie, qui est la principale cause de la mort, et l'on administre toutes les dix minutes quelques cuillerées d'une potion préparée avec deux onces d'eau, deux gros d'éther, deux gros d'huile de térébenthine et une demi-once de sucre.

### Gastrite chronique continue.

*Causes.* La gastrite chronique succède souvent à la gastrite aiguë, mais plus fréquemment encore elle se développe primitivement sous cette forme par l'action des mêmes causes que nous avons énumérées précédemment, mais agissant avec moins d'énergie, d'une manière continue et pour ainsi dire chronique. Elle est très-rare dans l'enfance et attaque peu les vieillards; ce sont surtout les individus depuis l'âge de vingt ans à peu près jusqu'à celui de cinquante qu'elle tourmente, sans doute parce que c'est dans cette belle portion de la vie qu'on abuse le plus des stimulans gastriques. Tous les âges y sont cependant exposés, mais certains individus plus que les autres; ce sont ceux dont l'estomac est déjà naturellement irritable.

Les plus fréquentes, les plus efficaces de toutes les causes de la gastrite chronique, sont les excès de table, l'usage habituel des alimens de haut goût, des mets poivrés, épicés, des viandes noires, des liqueurs spiritueuses, surtout à jeun, des vins très-chargés d'alcool, l'abus du café et des médicamens amers et stimulans. L'action de ces causes est favorisée par la chaleur, l'oisiveté, les passions tristes et prolongées, les travaux de cabinet et les veilles excessives, l'habitation dans un lieu humide, marécageux, les pressions répétées sur la région épigastrique, les phlegmasies chroniques de la peau, surtout lorsqu'elles viennent à disparaître brusquement. Ces dernières causes peuvent également produire seules la gastrite chronique.

*Symptômes*. Ils varient suivant le degré d'intensité de la phlegmasie, son ancienneté, son siége dans les diverses portions de la membrane muqueuse gastrique, le degré de la désorganisation qu'elle a opérée, enfin l'idiosyncrasie des individus. De là plusieurs formes, dont nous nous bornerons à décrire les principales.

*Première forme*. Gêne et pesanteur à l'épigastre, perte de d'appétit, mais sans soif, goût d'amertume dans la bouche, éructations, nausées, rapports nidoreux, efforts de vomissement et même vomissement de bile jaune, verdâtre et amère; coloration en jaune des ailes du nez et de la lèvre supérieure, sentiment de fatigue et d'abattement. C'est à cette nuance de la gastrite chronique que les auteurs ont donné le nom *d'embarras gastrique*.

*Deuxième forme*. Sensation douloureuse à la région de l'estomac, laquelle se dissipe par l'ingestion des alimens, ce qui fait dire au malade qu'il éprouve *des besoins* de manger; elle se renouvelle une ou deux heures après le repas: mais alors elle est plus forte, le malade se plaint d'avoir l'estomac gonflé; il y ressent souvent des battemens qui pourraient faire croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte ventrale; il éprouve de la soif, de la chaleur à la paume des mains, des rapports aigres ou des flatuosités, des lassitudes dans les membres, un peu de douleur de tête et quelquefois de la tendance au sommeil aussitôt après les repas et une constipation opiniâtre. Tous les jours cette scène se renouvelle: l'appétit ne se fait presque jamais sentir. Les stimulans soulagent momentanément: ces malades sont presque tous tristes. Telle est la *dyspepsie* des auteurs.

*Troisième forme*. Elle diffère de la précédente, en ce que la douleur et le gonflement suivent immédiatement l'ingestion des alimens. Si la phlegmasie occupe la portion splénique de l'estomac, on sent, en palpant la région épigastrique, le muscle droit du côté gauche se contracter sous la main qui le presse, tandis que celui du côté opposé reste immobile. La même contraction musculaire à lieu à droite, au contraire, lorsque l'inflammation à son siége dans la portion pylorique; et dans ce cas, les sensations douloureuses s'accroissent deux heures après le repas, lorsque la pâte chymeuse va passer dans le duodénum. La douleur est ordinairement perçue au moment même de l'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac, lorsque la phlegmasie occupe le cardia.

*Quatrième forme*. Aux symptômes précédens se joignent des vomissemens de plus en plus répétés, la rougeur des pommettes pendant la digestion, la fréquence du pouls, la sécheresse et l'aridité de la peau, et une petite toux sèche à secousses, non suivie d'expectoration et provoquant assez souvent le vomissement (toux gastrique). Dans toutes les nuances précédentes l'embonpoint peut être conservé, et la région épigastrique n'être pas sensible à la pression; dans celle-ci l'amaigrissement et la sensibilité épigastrique sont presque constans. On voit cependant quelques malades chez lesquels la nutrition continue à se bien faire, malgré un état très-avancé de la maladie. C'est plutôt un degré plus élevé de la gastrite chronique, qu'une forme particulière de cette maladie; il en est de même des deux groupes suivans de symptômes.

*Cinquième forme*. Douleurs lancinantes sous l'appendice xyphoïde, ou dans l'hypocondre droit; dans le premier cas, rénitence de la région épigastrique, paroi antérieure de l'estomac épaissie; dans le second, tumeur oblongue dans la région pylorique, d'autant mieux appréciable que l'amaigrissement fait plus de progrès, vomissement de presque tous les alimens, survenant quelques heures après leur ingestion, fréquence du pouls et chaleurs continues, augmentant après chaque repas, sécheresse et aridité de la peau, aspect terreux et d'un jaune de cire du visage. Les vomissemens finissent par devenir continus, et tout est rejeté, jusqu'aux boissons les plus légères et prises dans la moindre quantité possible. Quelques personnes cependant, et ce fait n'est pas rare, conservent la faculté de digérer jusque dans l'état le plus avancé de la maladie, et lors même qu'il existe une désorganisation cancéreuse de l'estomac; elles ne vomissent qu'un liquide incolore, et parfois une partie des boissons. Ce groupe de symptômes indique l'imminence et bientôt l'existence du *squirrhe* ou *cancer* de l'estomac dans son corps ou à sa région pylorique.

Si la matière des vomissemens est noirâtre et ressemble à du marc de café ou à de la suie délayée, il y a *cancer du pylore*. Cette désorganisation occupe l'estomac, si les douleurs lancinantes de l'hypocondre gauche et la tumeur n'existent pas.

*Sixième forme*. Chez les individus nerveux, irritables, habitués à étudier toutes leurs sensations, et dont les sympathies entre l'estomac et le cerveau sont très-actives et réveillées par les impressions les plus fugaces; la gastrite chronique, outre les symptômes décrits précédemment, s'accompagne souvent de migraines, de tintemens d'oreilles, d'éblouissemens, de vertiges, de tristesse, de terreurs paniques, d'insomnies, de penchant au suicide. Les malades sont en outre dans une inquiétude continuelle sur les maux qu'ils éprouvent, et ils s'en exagèrent singulièrement la gravité; ils sont dans l'impossibilité presque absolue de s'occuper d'autre chose que de leur santé; ils se croient affectés de tous les maux dont ils entendent parler ou lisent la description; on les voit changer chaque jour de médicamens et de médecins. Un sentiment de gonflement et de douleur

dans les hypocondres accompagne toutes leurs digestions ; ils rendent par la bouche une grande quantité de gaz inodores qui s'échappent avec bruit, enfin ils sont tourmentés par une constipation opiniâtre. Cette forme de la gastrite constitue une des variétés de l'*hypocondrie*, mais elle est bien plus fréquemment de nature nerveuse que de nature inflammatoire, et réclame alors un traitement particulier. Voyez pour le diagnostic différentiel de ces deux affections, l'article *Hypocondrie*.

Nous ne décrirons pas d'autres formes de la gastrique chronique ; nous ajouterons seulement que l'on a donné des noms particuliers à plusieurs symptômes de cette maladie. Ainsi, on a nommé *anorexie*, la perte d'appétit; *boulimie*, la faim excessive; *cardialgie*, la douleur vive, aiguë du cardia, qui se fait sentir ordinairement derrière l'appendice xyphoïde ou l'hypocondre gauche ; *gastralgie*, *gastrodynie* et *épigastralgie*, la douleur violente dans un point quelconque de l'estomac ; *pica*, la dépravation du goût; enfin, *pyrosis* ou *fer chaud*, une sensation de chaleur ardente dans l'estomac, se propageant le long de l'œsophage et suivie de l'éructation d'un liquide très acide et brûlant. La plupart de ces symptômes, il est vrai, appartiennent plutôt aux névroses de l'estomac qu'à son inflammation (Voyez *Névroses de l'estomac*.)

Pendant le cours d'une gastrite chronique, sous quelque forme qu'elle se présente, s'il survient tout à coup une douleur atroce à l'épigastre, que le malade éprouve une sensation de chaleur insolite qui se répand dans tout l'abdomen ; qu'il fasse des efforts inutiles de vomissement, ou rejette, dans le premier moment, quelques gorgées d'alimens, que ses forces soient subitement brisées, qu'il ait le pouls faible ou dur et toujours très-fréquent, la figure profondément décomposée ; que ses douleurs soient cruelles et continues, qu'il ait le sentiment d'une lésion profonde et de sa fin prochaine; enfin, si aucun moyen ne parvient à calmer ces effrayans symptômes, la mort survient ordinairement dans les vingt-quatre heures, le ventre se ballonne, s'il ne l'était déjà, et, à l'ouverture du cadavre, on trouve l'estomac perforé, et des liquides et des alimens épanchés dans la cavité péritonéale. On a décrit cet accident sous le nom de *perforation spontanée* de l'estomac : il est presque toujours consécutif à une gastrite chronique ou aiguë, mais beaucoup plus rarement à celle-ci qu'à la première; les poisons caustiques ou corrosifs le produisent quelquefois.

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. La gastrite chronique est toujours lente et de longue durée, parce que d'une part, les digestions s'opèrent ordinairement bien pendant très-long-temps, malgré la souffrance de l'estomac, et que les symptômes sont souvent fort légers pendant les premiers mois, et, d'une autre part, parce que la plupart des personnes qui en sont atteintes réclament le plus tard qu'elles peuvent les secours de la médecine. Chez les femmes, qui en général abusent moins des stimulans, et sont plus lymphatiques que les hommes, et chez lesquelles surtout l'écoulement menstruel opère tous les mois une révulsion salutaire, la gastrite chronique semble se prolonger indéfiniment, et ce n'est souvent qu'à l'époque de la cessation des règles que cette affection commence à prendre assez de gravité pour réclamer les secours de l'art. Chez tous les individus elle redouble ordinairement vers l'approche de la nuit, souvent même elle laisse le malade dans un état de calme assez parfait pendant une partie de la journée, et ne se fait sentir que le soir. Elle se termine par résolution, ulcération, induration, cancer et perforation. Le pronostic varie suivant l'ancienneté de la phlegmasie, son intensité, le degré de désorganisation qu'elle a opéré, l'âge et la force du sujet; il est en général plus favorable chez les femmes, par les raisons que nous avons exposées ci-dessus, et en outre parce qu'elles supportent plus facilement la diète ou le régime sévère, qui forment la base principale du traitement de cette affection. Mais si, pendant le cours de la maladie, les règles viennent à cesser de paraître, sans qu'on puisse attribuer leur cessation à l'âge de la malade, le pronostic en est plus grave que chez l'homme, toutes les circonstances étant égales d'ailleurs. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il soit toujours funeste; mais, en général, dans toutes les affections chroniques des femmes, l'aménorrhée est un mauvais signe, à moins cependant qu'elle n'ait précédé l'invasion de la maladie; lorsqu'elle en est l'effet, au contraire, elle annonce souvent qu'une désorganisation s'opère. Le squirrhe et le cancer sont presque incurables. (Voyez *Désorganisations*.)

*Caractères anatomiques*. La rougeur, la coloration en brun ou gris ardoisé, et l'épaississement de la membrane muqueuse gastrique, sont les altérations que l'on rencontre le plus fréquemment, à la suite des gastrites chroniques. On trouve quelquefois cette membrane détruite dans une plus ou moins grande étendue, ou bien convertie en bouillie gélatiniforme. Souvent elle est épaissie et convertie en une substance lardacée partout homogène ; cette disposition s'observe surtout au pylore, qui présente plus souvent aussi que les autres parties de l'organe la matière encéphaloïde, les mélanoses, les transformations cartilagineuses et osseuses. Mais cette altération n'appartient déjà plus à la gastrite chronique, c'est le commencement de l'état squirrheux. Quelquefois l'épaississement des parois de l'estomac est presque entièrement formé par la tunique musculaire qui est hypertrophiée. Les ulcérations sont rares, mais plus fréquentes cependant, comme nous l'avons déjà dit, qu'après les gastrites aiguës : elles occupent ordinairement les portions épaissies et dégénérées de la membrane. On les trouve quelquefois cicatrisées ; l'estomac de Béclard en a fourni un exemple. Les perforations sont aussi moins rares dans les gastrites chroniques que dans les aiguës ; cette altération est peu commune.

*Traitement*. La première condition à remplir dans le traitement de la gastrite chronique, comme dans toutes les affections en général, est d'éloigner les causes d'excitation de l'organe malade, et de le condamner au repos plus ou moins complet. La diète ou un régime sévère satisfont à cette première

indication, et suffisent quelquefois pour guérir la maladie lorsqu'elle est légère. Mais, dans la majorité des cas, ces moyens échoueraient si l'on n'en secondait l'effet par les saignées locales, les boissons émollientes, acidules ou gommeuses, les topiques émolliens et narcotiques, l'exercice, les bains, les frictions sèches sur la peau, l'emploi de révulsifs plus ou moins énergiques sur la région même de l'estomac, enfin, dans les cas extrêmes, les sétons et les moxas sur la même région. Voici comment on doit diriger l'emploi de tous ces agens thérapeutiques.

Il faut débuter par mettre le malade à la diète absolue pendant six, dix, quinze, vingt jours et plus, suivant l'ancienneté et l'opiniâtreté de la phlegmasie, l'âge et la force du sujet, ou bien lui imposer un régime sévère. Ce régime consiste dans l'abstinence complète de tous les stimulans, tels que vin, café, liqueurs, eau-de-vie, viandes noires, gibier, ragoûts salés ou épicés, consommés, bouillons, etc., et dans l'usage exclusif des féeules, du laitage, des légumes, des herbes cuites, des fruits rouges dans la saison, du poisson, des huîtres et des viandes blanches. Les repas doivent être pris à des heures fixes, et être peu copieux. On mesure la quantité des alimens qui doivent les composer, par le résultat des digestions. Ainsi, tant que leur ingestion est suivie de soif, de sécheresse de la gorge ou de mal de tête, de lassitude dans les membres, de tension épigastrique ou de malaise, on les diminue jusqu'à ce qu'on arrive au point que la digestion ne soit accompagnée d'aucune sensation pénible. Mais, nous le répétons, il est toujours plus avantageux de commencer le traitement par quelques jours de diète complète.

On applique en même temps dix, douze, quinze ou vingt sangsues à l'épigastre ; on en renouvelle l'application deux ou trois fois de suite dans les premiers jours, pour diminuer le plus possible l'irritation ; après quoi on ne les répète plus que tous les quatre, huit ou quinze jours, chaque fois que la phlegmasie semble depuis quelque temps stationnaire et ne plus faire de progrès vers la guérison. Nous avons coutume de placer les sangsues pendant les exacerbations ; à toute autre époque elles affaiblissent le malade, sans presque diminuer la phlegmasie. Nous avons retiré de si bons effets de cette pratique, que nous ne craignons pas d'en faire un précepte.

Nous avons dit que les boissons devaient être émollientes, acidules ou gommeuses, au goût des malades ; telles sont les décoctions d'orge, de gruau, de racine de guimauve, de chiendent, de pomme de rainette ; les infusions de fleurs de mauve, l'eau de poulet, ou de veau, ou de grenouilles ; l'eau acidulée avec le gaz acide carbonique, les sirops de vinaigre, de groseille, de limon ; les sucs d'orange, de citron, de grenade ; l'eau de réglisse, ou bien l'eau tenant de la gomme arabique en dissolution, ou chargée d'albumine, ou seulement sucrée, ou édulcorée avec les sirops de guimauve, de capillaire, de gomme, de violette, etc., ou enfin l'eau pure elle-même. Ces liquides doivent être pris en petite quantité à la fois, mais souvent répétés, froids autant que possible, et peu chargés de principes émolliens, acides ou gommeux. On doit surtout en faire usage après les repas, pour faciliter la digestion de la petite quantité d'alimens qui a été ingérée ; l'eau pure ou seulement sucrée convient mieux à ce moment. Il est bon de les alterner, pour ne pas fatiguer l'estomac par l'usage trop continu de la même ; il n'est pas mal non plus que les malades fassent usage de deux ou trois de ces tisanes à la fois.

A ces moyens principaux, essentiels, il ne faut pas négliger de joindre l'emploi des cataplasmes émolliens, des emplâtres opiacés, ou des linges trempés dans l'eau froide ou l'oxicrat, de vessies remplies de glace, si le malade peut les supporter, sur la région épigastrique. Il faut aussi avoir recours aux lavemens émolliens et rendus même légèrement laxatifs par l'addition de l'huile, ou en les composant avec de l'eau de casse, pour remédier à la constipation toujours opiniâtre qui accompagne les gastrites chroniques. L'exercice modéré, mais jamais porté jusqu'à la fatigue ; les bains tièdes et les frictions sèches sur la peau, enfin l'habitation à la campagne, si cela est possible, et les distractions, font partie nécessaire du traitement.

Si tous ces moyens sont impuissans, il faut y joindre l'emploi de quelques révulsifs sur la région épigastrique. L'un des plus généralement prescrits en pareil cas, le plus efficace peut-être, c'est la pommade stibiée. On en fait faire des frictions sur l'épigastre jusqu'à ce qu'il y ait une éruption assez considérable de boutons ; on continue ces frictions pendant quelques jours encore, pour forcer le développement de ces boutons ; et lorsqu'ils sont assez volumineux on suspend l'usage de la pommade pour y revenir aussitôt qu'ils s'éteignent. On entretient de la sorte et pendant autant de temps qu'il est nécessaire, une inflammation de la peau et une suppuration qui exercent une révulsion continue et très-puissante sur la phlegmasie intérieure. Enfin, si cela ne suffit pas, on a recours à l'application d'un séton ou d'un moxa. Cette dernière médication est plus puissante que la première ; mais elle expose, lorsque les parois abdominales sont minces ou le sujet trop irritable, à produire un accroissement subit et violent de la phlegmasie, qui peut entraîner la mort en peu de jours. Le séton a de son côté l'inconvénient d'être très-douloureux à panser ; de sorte qu'il est difficile de dire lequel des deux moyens est préférable. Nous les avons abandonnés l'un et l'autre, et les avons remplacés par l'application de la potasse caustique, qui en général est peu douloureuse et dont on peut graduer l'action à volonté. On produit ainsi plusieurs escharres à des intervalles plus ou moins éloignés, on entretient la suppuration des plaies qui succèdent à leur chute, en les excitant au moyen d'une pommade irritante telle que celle du garou par exemple, et sans jamais les convertir en cautères au moyen de pois ; et lorsqu'ils se cicatrisent malgré l'emploi des onguens irritans, on a de nouveau recours au caustique pour en produire de nouvelles. Il serait inutile d'essayer la révulsion au moyen des vésicatoires ; en général ils n'ont aucune efficacité dans cette maladie et sont excessivement gênans.

Dans la convalescence de la gastrite chronique, il est de la plus haute importance de ne revenir aux alimens que par une gradation soigneusement ménagée. Ce n'est aussi qu'avec les plus grandes précautions qu'on peut administrer des stimulans ; il faut en surveiller continuellement les effets, et s'arrêter aussitôt qu'on s'aperçoit qu'ils surexcitent. Quelques jours de diète sont souvent nécessaires alors pour réparer le mal qu'ils ont produit. En général, il vaut mieux s'en abstenir, et lorsqu'on les juge nécessaires, comme chez les individus mous, lymphatiques, peu irritables, dans les contrées et les saisons froides et humides, et lorsque les membranes muqueuses visibles et la peau sont pâles et décolorées, les vins, les bons bouillons et les consommés sont de beaucoup à préférer aux toniques médicamenteux.

Si nous n'avons pas parlé jusqu'ici des émétiques, des prétendus fondans, des *désobstruans*, des savonneux, des eaux minérales et autres moyens analogues, conseillés par tous les auteurs contre les *embarras gastriques*, les *dyspepsies*, les *obstructions du pylore*, le *cancer de l'estomac*, etc., c'est parce que les propriétés de ces médicamens sont plus que douteuses, qu'ils nuisent dans un très-grand nombre de circonstances ; que l'on n'a pas encore pu préciser les cas dans lesquels ils sont utiles, et qu'en conséquence nous n'avons pas cru devoir recommander des agens thérapeutiques dont nous ne pouvions pas préciser les indications. Tout ce qu'on sait sur l'emploi des émétiques, c'est qu'il faut le borner aux cas dans lesquels la langue est jaune ou limoneuse, sans rougeur à son limbe, la chaleur et la douleur épigastriques nulles, les rapports nidoreux, et, comme nous l'avons dit ci-dessus pour les toniques, chez les individus gras, mous, lymphatiques, peu irritables, dans les saisons et les contrées froides et humides. Ils réussissent en général assez bien dans cette première forme de gastrite chronique que les auteurs nomment *embarras gastrique*. L'eau de Vichy pure, ou mieux, coupée avec le lait ou la décoction d'orge, mérite peut-être d'être exceptée dans cette proscription. Nous l'avons vue réussir dans plusieurs circonstances, et en particulier chez des femmes. Les légers antispasmodiques, tels que les infusions légères de tilleul et de feuilles d'oranger réussissent assez bien aussi chez les personnes nerveuses, et dans cette forme de la gastrique chronique avec phénomènes nerveux qui touche de si près à la *gastralgie*. Dans cette forme de la gastrite, il est souvent utile de pratiquer quelques saignées locales derrière les oreilles ou aux tempes, de faire des applications froides sur la tête, et d'employer de temps à autre les pédiluves sinapisés. En général, les évacuations sanguines soulagent peu dans ce cas ; ce n'est guère qu'en les pratiquant à l'anus que l'on en retire quelques avantages. Les narcotiques sont en général plus utiles, mais ils ont souvent l'inconvénient d'exciter la membrane muqueuse gastrique. On l'évite en les donnant à petites doses, étendus dans beaucoup de véhicule, ou masqués par un sirop, ou mieux encore dans les lavemens. Nous nous sommes bien trouvés, plusieurs fois, de l'administration d'un quart de grain d'acétate de morphine dans un demi-lavement de décoction de graine de lin. Les moyens moraux, les distractions, les voyages, les occupations du jardinage, concourent puissamment à la guérison de cette forme de la gastrite chronique.

Les accidens qui surviennent à la suite de la perforation de l'estomac étant ceux de la péritonite violente, c'est par les moyens qui conviennent contre cette phlegmasie qu'il faut les combattre. Mais tous échouent, parce que le passage des matières, de l'estomac dans la cavité péritonéale, entretient et aggrave sans cesse l'inflammation et la rend rapidement mortelle. Toutefois, comme on ne peut pas rester témoin impassible et inactif de la mort des individus, il faut tenter quelque chose : on a donc recours à un traitement antiphlogistique très-énergique et principalement aux saignées locales abondantes.

### Gastrite intermittente, aiguë et chronique.

Tous les symptômes aigus et chroniques que nous avons décrits dans les deux chapitres précédens ont été observés intermittens : c'est-à-dire que la phlegmasie aiguë et chronique à laquelle ils appartiennent peut être intermittente. Les anciens, ne sachant pas rapporter ces phénomènes à leur véritable source, les ont confondus avec plusieurs autres sous le nom générique de *fièvre intermittente*, en ajoutant l'indication du type ; seulement, lorsqu'ils les ont observés avec une douleur très-intense, prédominant sur les autres symptômes, et paraissant avoir son siége à l'orifice cardiaque de l'estomac, ils en ont fait la *fièvre intermittente pernicieuse cardialgique*.

*Causes*. La plupart des causes que nous avons reconnues à la gastrite continue peuvent la produire intermittente, si leur action est intermittente elle-même ; mais la plus ordinaire et la plus efficace est l'action des miasmes marécageux. Cependant la gastrite chronique affecte très-souvent, comme nous l'avons dit, la marche intermittente quotidienne, sans être produite par les émanations des marais : mais ce n'est pas là de la véritable intermittence ; c'est cette exacerbation qui se fait remarquer le soir dans presque toutes les affections chroniques avancées.

*Symptômes*. Ce sont tous ceux que nous avons décrits, plus un frisson au début, et la sueur à la fin de l'accès, et quelquefois la douleur prédominante au cardia. Dans ce dernier cas, si la douleur est très-violente, elle est accompagnée de nausées, de vomissemens, d'anxiété extrême, de défaillance, qui font croire au malade que la vie va l'abandonner ; le pouls est petit, concentré, à peine sensible ; les traits sont affaissés, la face pâle et cadavéreuse. Le caractère de cette douleur est d'être souvent comparée par le malade à un sentiment de constriction, de torsion ou de morsure ; elle n'est pas toujours aussi vive, ni par conséquent les symptômes qui l'accompagnent aussi violens ; enfin souvent elle n'existe pas.

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. Les accès reviennent tous les jours ou tous les deux ou trois jours, ils sont plus ou moins intenses, et durent une ou plusieurs heures ; ils sont souvent

séparés par une apyrexie complète ; souvent aussi ils laissent entre eux un peu d'excitation. Lorsqu'il y a douleur cardialgique, elle survient ordinairement au déclin du frisson dans le premier accès, puis dans l'accès suivant elle commence plus tôt ; et enfin dans un troisième accès, qui est souvent mortel, elle se fait sentir aussitôt que le frisson commence. La gastrite aiguë intermittente ordinaire peut en général se prolonger fort long-temps sans compromettre la vie du malade ; cela dépend au reste de la force et de la durée des accès, et du plus ou moins grand espace de temps qui les sépare ; elle est d'autant moins dangereuse que les accès sont plus faibles, plus courts et plus éloignés, *et vice versâ*. Elle se termine ordinairement par résolution, soit spontanée, soit provoquée par l'art, et passe presque toujours par l'état continu, avant de se terminer par la mort. Celle qui s'accompagne d'une vive douleur cardialgique est au contraire très-grave et mortelle souvent au troisième ou quatrième accès, et quelquefois au deuxième.

*Caractères anatomiques.* L'anatomie pathologique n'a rien appris jusqu'à ce jour sur les lésions qu'on peut rencontrer dans les cadavres des individus qui succombent à la gastrite intermittente. Il est rare qu'elle donne la mort, et c'est là sans doute la principale cause de ce manque absolu des preuves matérielles ou incontestables de sa nature ; mais ce n'est pas la seule, et pour n'en citer qu'une, l'idée qu'une inflammation ne pouvait pas être intermittente n'a pas peu contribué à rendre stériles le petit nombre de recherches cadavériques qu'on a pu faire. Ces causes d'incertitude et même d'erreurs sont communes à la plupart des phlegmasies intermittentes. Probablement, à la suite de celle qui nous occupe on trouvera les mêmes lésions qu'après la gastrite continue, des symptômes semblables ne pouvant pas dépendre de causes différentes. M. Bailly, qui a ouvert à Rome un grand nombre d'individus morts de différentes phlegmasies intermittentes, dit avoir trouvé les mêmes lésions que dans les irritations continues, et même plus marquées (1).

*Traitement.* Le traitement de la gastrite intermittente est celui de toutes les affections de cette nature, anti-phlogistique pendant les accès, antipériodique dans l'apyrexie. Les moyens antiphlogistiques sont en effet les seuls convenables pendant la durée des accès, tous les autres ont des inconvéniens plus ou moins graves ; il en est de même dans les cas où l'apyrexie n'est pas complète. Il faut avoir le soin seulement, s'il devient nécessaire d'avoir recours aux sangsues, de ne les appliquer que pendant la période de chaleur. Pendant le frisson, pendant la sueur et dans l'intervalle des accès, elles seraient beaucoup plus nuisibles qu'utiles. Dans l'apyrexie, c'est au contraire au quinquina, à ses préparations ou à ses succédanés qu'il faut avoir recours. On doit surtout se hâter de l'administrer dans la forme cardialgique de la maladie. Disons plus, cette médication doit être généralement préférée à la précédente ; les saignées locales ne sont réellement utiles que pour disposer l'estomac, s'il conserve de l'irritation dans l'intervalle des accès, à recevoir le sulfate de quinine. Mais il vaut encore mieux, dans ce cas, administrer le quinquina ou le sulfate de quinine par l'anus, que de le déposer sur l'estomac, siége actuel ou récent d'une irritation qui ne lui permet que difficilement d'en supporter le contact. En traitant de la gastro-entérite intermittente, nous tracerons les règles de l'emploi de ce médicament et de ceux qui peuvent le remplacer.

De la duodénite.

On conçoit aisément, en théorie, que la portion de la membrane muqueuse des voies digestives qui tapisse le duodénum puisse être enflammée isolément ; mais l'observation n'a jusqu'à ce jour rien appris de bien positif sur l'existence de cette phlegmasie, et sur les symptômes auxquels on pourrait la reconnaître. M. Broussais pense que l'ictère est souvent produit par elle, et voici l'explication ingénieuse qu'en donne ce savant professeur. Il suppose que l'inflammation, en gonflant la membrane muqueuse duodénale, bouche en partie l'orifice du canal cholédoque ; que la membrane interne de ce conduit, également tuméfiée par la phlegmasie à laquelle elle participe toujours plus ou moins, en complète l'oblitération, et qu'alors la bile, dont la sécrétion est augmentée par l'effet de cette double irritation communiquée, sympathiquement au foie, ne trouvant pas d'issue est résorbée et transportée par le torrent circulatoire sur la voie de l'excrétion cutanée, où elle dépose sa matière colorante. M. Andral a consigné dans les *Archives générales de médecine* des faits intéressans qui viennent à l'appui de cette théorie (1). Nous avons vu traiter et nous avons traité nous-mêmes plusieurs ictères d'après ces vues théoriques, avec le plus grand succès. Il nous a souvent suffi d'une seule application de sangsues sur le trajet du duodénum pour les guérir. On peut nous objecter, il est vrai, que ces ictères dépendaient d'une irritation légère du foie que la saignée locale pratiquée sur l'hypocondre droit faisait cesser ; cela peut avoir lieu sans doute quelquefois, mais la première explication est plus plausible. Cependant l'histoire de la duodénite est encore à faire, si toutefois, nous le répétons, cette phlegmasie existe réellement isolée de celles des autres portions du conduit digestif. M. Casimir Broussais a entrepris de remplir cette lacune de la science, mais il ne nous paraît pas y être parvenu. Sous le titre de duodénite chronique (2), il nous semble n'avoir décrit qu'une des nuances de l'hépatite chronique et de la gastro-duodénite.

Nous ferons remarquer que la coloration brune de la membrane muqueuse, que l'on observe ordinairement à la suite de la gastrite des buveurs, et qui occupe presque constamment la région pylorique de l'estomac, est plus souvent marquée et plus étendue dans le duodénum que dans cet organe. Ce fait nous a depuis long-temps frappés.

(1) Voyez *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses*. Paris 1825.

(1) Tome VI, pages 161 et suivantes.

(2) *Sur la duodénite chronique*, etc., par Casimir Broussais ; in-8. Paris, 1825.

### De l'entérite.

Sous cette dénomination, nous ne désignons ici que l'inflammation des intestins grêles, renvoyant à l'article *Colite* l'histoire de la phlegmasie du gros intestin. Nous traiterons séparément de l'entérite aiguë et de l'entérite chronique.

### Entérite aiguë.

Elle n'a été connue par les anciens que dans son état de plus haute intensité, et décrite alors sous le nom que nous lui conservons; mais toutes les nuances inférieures ont été méconnues jusqu'à M. Broussais.

*Causes.* Toutes celles que nous avons énumérées en parlant de la gastrite ne peuvent produire la phlegmasie de l'intestin grêle, sans provoquer celle de l'estomac; il est évident que, pour cela, il ne faut pas qu'elles agissent dans toute leur force; l'estomac semble alors résister à leur action plus efficacement que les autres parties du conduit digestif. Mais parmi ces causes, nous devons citer, comme les plus fréquentes, l'usage d'alimens grossiers, contenant peu de sucs nutritifs proportionnellement à leur masse, des viandes salées ou fumées, du poisson gâté, des fruits verts ou de mauvaise qualité, des eaux malsaines, des vins frelatés, acides, de mauvais cidres et la malpropreté qui s'oppose à la transpiration cutanée. L'entérite aiguë est souvent consécutive à l'entérite chronique.

*Symptômes.* Il est en général assez difficile de distinguer cette phlegmasie de la *gastro-entérite*, parce qu'il est rare de l'observer isolée dans l'état d'acuité. Voici cependant les signes qui nous paraissent lui être particuliers : tension, gonflement et ballonnement de l'abdomen, douleur sourde et profonde à la pression, se faisant ressentir particulièrement dans la fosse iliaque droite, coliques plus ou moins violentes non suivies de diarrhée et produisant un brisement extrême des forces musculaires, sensation de chaleur interne, constipation opiniâtre, quelquefois vents et borborygmes. A ces symptômes locaux se joignent la sécheresse et l'aridité de la peau, la sécheresse de la langue dans son centre, avec rougeur de la pointe et des bords, une soif toujours très-vive, et l'aspect terreux du visage; puis les symptômes communs à la plupart des phlegmasies, la chaleur générale et la fréquence du pouls. Plus intense, elle se confond avec la gastro-entérite; on se fait aisément l'idée des degrés moindres, sans qu'il soit nécessaire de les décrire ici; nous ne parlerons pas non plus de celle qui est produite par l'étranglement de l'intestin, il en sera question en traitant des hernies étranglées.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'inflammation aiguë de l'intestin grêle ne tarde point à s'étendre à l'estomac et au gros intestin; tout ce que nous dirons de la *gastro-entérite*, sous les rapports de la marche, de la durée, etc., lui est donc applicable; nous renvoyons en conséquence à cette maladie.

*Caractères anatomiques.* La rougeur, la tuméfaction, et l'ulcération de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, et en particulier de l'iléon dans la portion qui avoisine le cœcum, et quelquefois l'engorgement des ganglions mésentériques correspondant aux points enflammés ou ulcérés, tels sont les désordres que l'on rencontre dans les cadavres des individus morts d'entérite aiguë.

*Traitement.* Nous l'exposerons avec celui de l'entérite chronique.

### Entérite chronique.

Si la phlegmasie aiguë et isolée des intestins grêles est rare, la chronique est assez fréquente. Le *carreau* en partie, plusieurs *fièvres hectiques*, *fièvres lentes*, les *affections vermineuses*, et l'*embarras intestinal*, appartiennent à cette irritation.

*Causes.* Comme la précédente, elle est presque toujours produite par les causes ordinaires de la gastrite, mais agissant d'une manière lente, peu vive, continue, et pour ainsi dire chronique. Celles que nous avons signalées comme produisant plus fréquemment l'entérite aiguë lui sont aussi particulières : très-souvent elle est la suite de *gastro-entérites*, ou d'entérites aiguës, mal traitées, incomplètement guéries, ou passées à l'état chronique malgré les soins les mieux dirigés. Chez les enfans, elle reconnaît pour causes l'habitation dans les lieux bas, humides et obscurs; le froid humide, les indigestions répétées; une alimentation disproportionnée avec les forces digestives, soit par sa masse, soit par la nature des alimens, tels que le lait de vache pur dans les premiers mois de la vie, les bouillies épaisses, les soupes grasses et les alimens solides donnés trop tôt; l'abus, on pourrait même dire l'usage des médicamens irritans, et principalement des purgatifs; le café, les liqueurs spiritueuses que l'on a quelquefois l'imprudence de leur donner; enfin les douleurs d'une dentition longue et difficile.

*Symptômes.* Une douleur sourde dans un des points de la région abdominale, et surtout dans la région iliaque droite, se faisant sentir trois à quatre heures après l'ingestion des alimens, augmentant par la pression; soif habituelle; état de constipation; sécheresse, aridité et aspect sale et terreux de la peau, principalement de celle du visage, des avant-bras et de l'abdomen, l'épiderme se détachant par écailles pulvérulentes sur toutes les parties du corps; vents et borborygmes; rétraction des parois abdominales; amaigrissement lent et faiblesse générale: tels sont les symptômes ordinaires de l'entérite chronique. Cet état est le plus ordinairement la suite des gastro-entérites et des entérites aiguës. Hors le temps des digestions, les malades sont assez calmes; mais c'est après les repas, et surtout après celui du soir, que la soif et la douleur se manifestent, qu'il s'y joint un peu de chaleur et de fréquence du pouls, et que tous les autres symptômes énumérés ci-dessus s'exaltent. Cette affection a presque toujours le type intermittent quotidien.

Si à ces symptômes se joint un sentiment de démangeaison, de piqûre ou de morsure dans un point de l'abdomen, des sueurs aigres, la dilatation des pupilles, le prurit du nez, et qu'au lieu d'être rétracté, le ventre soit bouffi et comme pâteux,

on soupçonne la présence des vers lombrics; on n'en acquiert la certitude que par le rejet de quelques uns. Ils peuvent exister en grand nombre sans manifester leur présence par aucun symptôme extérieur.

Quelquefois l'inflammation chronique de la membrane muqueuse intestinale détermine, comme lorsqu'elle est aiguë, l'engorgement des ganglions du mésentère. Il est digne de remarque, que ces ganglions s'engorgent beaucoup plus fréquemment dans les entérites qui surviennent dans les contrées et les saisons froides et humides, que dans le cours de celles qui se développent pendant les temps secs, chauds, et dans les pays où règne habituellement cette température. Il est rare qu'on puisse acquérir la certitude de l'existence de leur engorgement pendant la vie; mais enfin cela arrive quelquefois, surtout chez les enfans, et les anciens ont confondu cette forme de l'entérite avec les tubercules mésentériques sous le nom de *carreau*. Il n'est pas toujours facile, il est vrai, de distinguer entre elles ces deux affections; elles présentent les mêmes symptômes, savoir, ceux de l'entérite: ce sont des troubles de la digestion, des douleurs abdominales, le gonflement du ventre, les vents, l'amaigrissement, etc.: symptômes que M. Guersent (1) avoue insuffisans pour faire reconnaître la présence des tubercules mésentériques. « Le seul signe pathognomonique, dit cet excellent observateur, qu'il faut citer souvent lorsqu'on traite des maladies de l'enfance, le seul caractère positif, dit-il, auquel on puisse reconnaître le *carreau*, *dans son dernier degré seulement*, est le toucher des tubercules; tous les autres sont plus ou moins douteux. » Nous essaierons, en traitant des tubercules mésentériques, de tracer les caractères différentiels de ces deux maladies.

Quelquefois la phlegmasie intestinale, et surtout l'irritation des ganglions, agit sur la membrane péritonéale, l'excite, et détermine une augmentation plus ou moins rapide de sa sécrétion habituelle. De là, l'épanchement d'un liquide limpide dans la cavité abdominale, épanchement auquel on a donné le nom d'*ascite*. C'est là, en effet, une des causes fréquentes de cette *hydropisie;* nous verrons aussi que le meilleur moyen de la faire disparaître est, dans ce cas, de combattre l'entérite.

Enfin, quand l'entérite chronique, avec ou sans gonflement des ganglions du mésentère, est ancienne, et qu'une atteinte profonde, telle que des ulcérations nombreuses et étendues, est portée à l'organisation de la membrane muqueuse, une diarrhée particulière se manifeste. Les matières fécales demi-ramollies sont de couleur cendrée ou blanche, ou argileuse, ou bien elles sont formées par des alimens à moitié digérés. Pendant quelque temps, cet état des déjections alvines alterne avec la constipation, mais bientôt la phlogose et les ulcères gagnent la valvule iléo-cœcale qu'ils détruisent, puis le cœcum et le colon lui-même, et la diarrhée, de plus en plus liquide et abondante, épuise rapidement le malade et l'entraîne au tombeau.

(1) *Dictionnaire de médecine*, etc., tom. IV, pag. 312 et suivantes.

Si, pendant le cours d'une entérite chronique, sans cause connue, et lorsqu'on s'y attend le moins, le ventre se ballonne tout à coup et devient sensible, que la figure du malade se décompose rapidement, qu'il pousse des cris continuels, et que le pouls devienne misérable, nul doute que l'intestin ne soit perforé (*perforations spontanées des intestins*), la mort en est bientôt la suite. Cet accident arrive quelquefois aussi dans les entérites aiguës, mais plus rarement que dans les chroniques, parce que c'est ordinairement au milieu d'une ulcération que la perforation s'opère.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche et la durée des affections chroniques ne peuvent presque jamais être indiquées, même d'une manière approximative. Celle qui nous occupe peut durer des années sans donner la mort, comme elle peut tuer en quelques mois, sans qu'on sache quelquefois à quelles causes attribuer ces énormes différences. Tant qu'il n'y a pas une décoloration profonde de la peau, que les digestions d'alimens légers et liquides s'opèrent bien encore, on a tout lieu d'espérer la guérison; mais lorsque l'amaigrissement est extrême, la peau couleur de cire, les digestions très-difficiles ou même impossibles, et que les selles sont cendrées ou blanchâtres, il reste bien peu de chances de succès. Elles sont bien moins nombreuses encore, lorsque les ganglions mésentériques tuméfiés peuvent être facilement sentis à travers les parois abdominales. Enfin, il en existe à peine, si une diarrhée liquide et abondante vient se joindre au gonflement énorme de ces ganglions. En général, à lésion égale, le pronostic de l'entérite chronique est moins grave que celui de la gastrite de même caractère, parce que la digestion peut encore se faire lorsque l'estomac est sain, et la nutrition s'opérer, en usant des précautions de régime que nous indiquerons au traitement; ce qui prolonge l'existence du malade et augmente les chances de succès. L'entérite chronique se termine par le passage à l'état aigu, par la résolution, l'ulcération, la suppuration, l'état cancéreux, la perforation et la mort.

*Caractères anatomiques.* Ils consistent dans la rougeur ou la coloration brune violacée et la tuméfaction de la membrane, et surtout son ulcération. Les ulcères sont ordinairement nombreux, et occupent principalement la fin de l'iléon; les bords en sont taillés à pic, et leur profondeur est telle quelquefois, qu'ils intéressent la tunique musculaire de l'intestin, de sorte que la paroi n'en est plus formée que par le péritoine. Quelquefois les trois membranes de l'intestin sont épaissies dans une plus ou moins grande étendue, et converties en une substance homogène, lardacée ou cérébriforme. Quand il existe des ganglions tuméfiés dans le mésentère, ils correspondent toujours aux points enflammés ou ulcérés de la membrane muqueuse, et de telle sorte que les plus volumineux et les plus avancés correspondent aux lésions les plus anciennes, *et vice versâ*. Ainsi on voit des tubercules rouges et durs en rapport avec les traces de phlegmasie récente, des tubercules blancs et légèrement ramollis au centre dans la direction des ulcérations les moins anciennes,

et enfin des tubercules entièrement ramollis au voisinage des ulcères anciens et profonds. Dans les cas de perforation de l'intestin, on trouve, en outre des lésions que nous venons d'indiquer, des traces de l'inflammation du péritoine.

*Traitement.* Tous les préceptes de thérapeutique que nous avons tracés pour la gastrite aiguë et chronique sont applicables à l'entérite. La diète ou le régime, les saignées locales, les boissons délayantes, les topiques émolliens ou narcotiques, le séton, le moxa, les frictions sèches sur la peau, les bains tièdes et l'exercice modéré, sont encore les bases principales du traitement de cette phlegmasie, avec les légères modifications suivantes.

Dans l'entérite aiguë, la diète doit être aussi sévère que dans la gastrite de même forme : mais il est permis de revenir beaucoup plus tôt aux alimens, lorsque le calme se rétablit, en satisfaisant à cette condition seulement, de les choisir parmi les substances qui ne laissent que peu ou point de résidu excrémentiel après leur digestion, telles que le lait, le sucre, les fécules, la gélatine et les bouillons légers. La diète n'a pas besoin non plus d'être aussi prolongée ni le régime aussi rigoureux dans l'entérite que dans la gastrite chronique, pourvu qu'on s'astreigne à la précaution que nous venons d'indiquer. On peut même quelquefois permettre un peu de vin sans inconvéniens, ce qui en entraîne toujours plus ou moins dans la gastrite.

Il est presque superflu de dire que les saignées locales, les topiques, les sétons ou les moxas, au lieu d'être placés à l'épigastre, doivent l'être le plus près possible de l'intestin malade. Très-souvent c'est dans la fosse iliaque droite qu'il faut appliquer ces moyens, parce que c'est presque toujours l'extrémité cœcale de l'iléon qui est affectée. Leur emploi est d'ailleurs soumis aux mêmes règles et aux mêmes conditions que dans la gastrite. Il en est de même des boissons, des frictions sèches, des bains et de l'exercice. Nous n'ajouterons qu'une remarque : c'est que les vomitifs, presque toujours dangereux dans la gastrite, le sont beaucoup moins dans l'entérite; tandis que les purgatifs, peu nuisibles, et quelquefois utiles dans la première de ces phlegmasies, aggravent toujours plus ou moins la seconde. Les diurétiques, que l'on emploie généralement contre les hydropisies, nuisent dans celle qui est produite par l'entérite. Le meilleur moyen de faire disparaître cet épanchement, est de détruire l'irritation intestinale qui le cause, par les moyens précédemment indiqués. Le petit-lait légèrement nitré, produit en général d'excellens effets.

### De la colite.

La colite est l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin colon. Elle est continue ou intermittente, aiguë ou chronique,

#### Colite aiguë continue.

Cette phlegmasie est désignée par les auteurs sous le nom de *dysenterie*. Elle est consécutive à l'inflammation des portions supérieures du conduit digestif, ou bien elle est primitive. Dans le premier cas, ses causes sont les mêmes que celles de l'entérite ou de la gastro-entérite, auxquelles elle succède ou qu'elle accompagne, et ne doivent pas nous occuper ici. Dans le second, au contraire, elle a ses causes particulières, que nous allons exposer.

*Causes.* Elle attaque indifféremment les individus de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament; cependant on a remarqué qu'elle sévissait en général davantage sur les hommes que sur les femmes, et, dans les armées, sur les nouvelles recrues plus que sur les vieux soldats; elle peut se développer dans toutes les saisons; mais elle est plus fréquente en automne, surtout sous la forme épidémique, et lorsqu'il règne une grande chaleur jointe à beaucoup d'humidité. Dans les pays chauds, elle sévit avec plus de violence que dans le nord. Elle trouve ses causes assez fréquentes dans l'usage de certains alimens, tels que la viande de porc, la chair des jeunes animaux, les œufs de certains poissons et le foie de la plupart des animaux. Mais ces causes n'agissent que sur quelques individus, et sont sans action sur d'autres; les suivantes, au contraire, appartenant également aux substances alimentaires, et exerçant par conséquent une influence directe sur les voies digestives, produisent la colite aiguë chez la grande majorité des individus qui y sont soumis. Ce sont, l'usage prolongé du pain mal fait, préparé avec des farines avariées ou extraites de blé mouillé, moisi, échauffé, fermenté ou déjà corrompu, ou bien encore mélangées avec d'autres substances, comme cela n'arrive que trop dans les temps de disette; les viandes ayant subi un commencement de fermentation putride, ou provenant d'animaux malades; les eaux stagnantes et bourbeuses, contenant des débris d'animaux et de végétaux; les vins doux non fermentés; l'ingestion de substances non nutritives, telles que l'herbe des champs, à l'aide desquelles les malheureux trompent la faim qui les dévore dans les temps de famine; les indigestions répétées que se donnent les individus qui passent tout à coup de l'état de privation à celui d'abondance; une simple erreur de régime, chez les convalescens et quelques individus faibles ou porteurs d'une maladie chronique, enfin l'abus des drastiques et de tous les purgatifs. Une cause non moins puissante que toutes celles qui précèdent consiste dans les émanations putrides et infectes qui s'exhalent des substances animales en putréfaction, comme dans les amphithéâtres et sur les champs de bataille, ou qui s'élèvent des déjections alvines d'hommes atteints déjà de la colite et rassemblés en grand nombre dans un camp mal assis ou dans des lieux étroits, comme les prisons, les hôpitaux et les vaisseaux. Les vêtemens mouillés, gardés sur le corps pendant quelque temps, le froid humide surtout aux pieds, enfin le séjour dans les lieux bas et marécageux, deviennent aussi quelquefois des causes de la colite aiguë.

*Symptômes.* Lorsque cette phlegmasie est peu intense, elle s'annonce ordinairement par quelques douleurs abdominales, irrégulières, mobiles, et que la pression semble soulager. Des borborygmes surviennent bientôt, l'envie d'aller à la selle se déclare : le malade veut obéir à ce besoin, il fait des efforts, et ne parvient qu'avec

peine à expulser quelques matières stercorales liquides et des mucosités, dont le passage détermine une sensation de chaleur et de vive cuisson à l'anus. Ces évacuations se répètent jusqu'à douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures, quelquefois trente et quarante fois et plus; elles ne contiennent bientôt plus de matières stercorales, et ne sont formées que par du mucus filant et blanchâtre ou sanguinolent, mêlé quelquefois à une sérosité rougeâtre, ou à des débris d'apparence membraneuse en lambeaux ou en globules, à du sang pur, à de la bile, à des gaz, et quand la phlegmasie est un peu ancienne, à du pus; quelquefois cependant, des matières stercorales très-dures sont rendues de temps à autre, même après plusieurs jours de maladie. Les tranchées plus ou moins fortes, le ténesme et les étreintes continuent : une chute rapide des forces accompagne cet état; la face est pâle, surtout immédiatement après chaque selle; le pouls est petit et quelquefois accéléré; souvent l'appétit est conservé.

Dans la colite intense, qui se manifeste surtout dans les grands rassemblemens d'individus, les camps, les vaisseaux, les prisons, les hôpitaux, les villes assiégées, etc., les douleurs abdominales sont toujours très-aiguës, les envies d'aller à la selle sont pour ainsi dire continues, et quelques malades se présentent jusqu'à deux cents fois dans les vingt-quatre heures pour y satisfaire. La matière des évacuations est séreuse, presque toujours mêlée de beaucoup de sang, quelquefois de pus; sa couleur est brune ou noire, et presque toujours elle exhale une odeur fétide insupportable. Dès le début, le malade est forcé de s'aliter; ses forces sont promptement anéanties, et sa figure porte l'expression d'une altération profonde. La soif est vive, et les boissons sont à peine avalées que le besoin d'aller à la selle se fait sentir; le pouls est quelquefois fréquent, mais plus souvent encore sans aucune accélération; la peau est sèche et rude, et prend bientôt un aspect terreux. L'aspect cadavéreux de la face, le hoquet, le gonflement du ventre, la cessation des douleurs, le refroidissement des extrémités, la petitesse et l'insensibilité du pouls, annoncent une mort prochaine.

Quelquefois l'inflammation se communique rapidement de la membrane muqueuse aux tuniques musculaire et péritonéale de l'intestin, ordinairement dans une petite étendue; ou bien dès le début elle occupe ces trois membranes à la fois (*entérite phlegmoneuse* des auteurs). Alors une douleur vive et fixe, que le moindre contact augmente, se manifeste; un sentiment de chaleur brûlante se fait sentir dans le lieu de cette douleur, et il s'y forme une tumeur oblongue et rénitente. L'abdomen se rétracte d'abord, puis il se tuméfie; des vomissemens surviennent; les évacuations alvines cessent, après avoir contenu du mucus sanguinolent, et font place à la constipation; le pouls est dur et déprimé, la soif vive, en un mot, les symptômes d'une hernie étranglée se déclarent. C'est qu'en effet, un rétrécissement se forme dans cette partie; le cours des matières fécales est interrompu; elles s'accumulent et distendent l'intestin, dont l'inflammation s'accroît encore par les efforts que fait le malade pour les expulser; la douleur devient intolérable. Enfin, après plusieurs jours de souffrance et de constipation opiniâtre, les matières, ramollies et délayées par la sécrétion augmentée du mucus, finissent par s'écouler à travers la petite ouverture de l'intestin, et le malade est soulagé, jusqu'à ce qu'une nouvelle accumulation vienne ramener ses douleurs et les accidens. L'intestin grêle est quelquefois aussi le siége d'une semblable phlegmasie.

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. La difficulté d'assigner, même d'une manière approximative, la marche et la durée générales des maladies, se fait surtout sentir dans celle qui nous occupe. Violente dès le début, ou bien n'atteignant son plus haut degré d'intensité que progressivement, cessant tout à coup ou diminuant graduellement, se terminant en vingt-quatre heures ou se prolongeant pendant vingt ou trente jours, la colite aiguë n'a réellement ni marche fixe ni durée déterminée; cependant, en général, sa marche est celle que nous avons décrite, et sa durée moyenne est de quatre à huit jours. Elle règne épidémiquement dans certaines saisons, telles que l'automne et les étés humides et chauds; elle est endémique dans quelques contrées humides et marécageuses; enfin, beaucoup d'auteurs pensent qu'elle devient contagieuse dans quelques circonstances. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution. L'inflammation se propage quelquefois aux intestins grêles et à l'estomac, et les auteurs ont dit dans ce cas, que la *dysenterie* se compliquait avec les *fièvres bilieuses*, *muqueuses et adynamiques*. Quelquefois la colite passe à l'état chronique; assez souvent elle détermine l'ulcération et la suppuration de la membrane; parfois elle se communique aux trois tuniques de l'intestin. La perforation de l'intestin en est rarement la suite; elle est parfois si violente que la gangrène survient. Cette phlegmasie donne rarement la mort lorsqu'elle est sporadique : elle fait au contraire des ravages épouvantables dans les camps, les hôpitaux, les villes assiégées, etc.; mais tout porte à croire que le vice des méthodes thérapeutiques a beaucoup contribué à augmenter sa gravité; et maintenant que, grâce aux immortels travaux de l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, son traitement est en harmonie avec sa nature, il est permis d'espérer qu'elle sera infiniment moins meurtrière.

*Caractères anatomiques*. Au siége près, ils sont absolument les mêmes que dans l'entérite aiguë. La membrane muqueuse du colon est rouge, depuis le rose vif jusqu'au brun, gonflée, épaissie, érodée, comme ecchymosée, tapissée de mucus clair ou puriforme, enfin ulcérée ou gangrénée. A la suite de la phlegmasie de toute l'épaisseur de l'intestin, on trouve celui-ci étranglé par un anneau cellulaire, ou par une bride, ou comprimé par une tumeur, ou invaginé, ou même entortillé, et dans tous les cas formant une masse plus ou moins volumineuse dans laquelle toutes les parties sont agglomérées et agglutinées, et souvent recouvertes par de fausses membranes. Les membranes musculaire et muqueuse, très-rouges, sont épaissies; la surface de cette dernière est souvent tapissée de mucus sanguinolent.

*Traitement.* Déjà, dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques* (1), M. Broussais avait posé les premières bases du traitement de cette phlegmasie, en ces termes : « 1° Épargner à la membrane phlogosée la présence des corps étrangers qui pourraient augmenter son irritation ; 2° lui faire parvenir ceux qui jouissent d'une propriété opposée. » Depuis, ce savant médecin a ajouté à ces deux préceptes celui de l'emploi des saignées locales.

L'abstinence complète des alimens est donc la première condition à remplir dans le traitement de la colite aiguë ; la seconde consiste dans les boissons gommeuses et mucilagineuses et les lavemens émolliens et mucilagineux à petite dose. Ces moyens sont si puissans, qu'il est peu de colites récentes qui ne cèdent en peu de jours à leur influence. Mais lorsque cette phlegmasie est un peu ancienne ou très-intense, les saignées locales pratiquées à l'anus, et répétées plusieurs fois, si le cas l'exige, deviennent indispensables. Très-souvent une seule application de sangsues suffit, et tel malade qui allait trente et quarante fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures avant qu'elles fussent posées, cesse immédiatement d'en ressentir le besoin ; mais souvent aussi on est obligé de les répéter : c'est ce qui a lieu surtout dans le cas où les trois membranes de l'intestin sont enflammées à la fois. Dans ce cas, et lorsque l'intestin colon est gonflé, qu'il se dessine à travers les parois abdominales et qu'il est douloureux au toucher, il est avantageux de faire quelques applications de sangsues sur son trajet. Au début de la maladie lorsqu'elle est très-intense, et chez les individus pléthoriques, il est souvent avantageux de commencer le traitement par une ou deux saignées générales. Dans tous les cas, les cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'abdomen, les bains tièdes et les fumigations émollientes et narcotiques, sont utiles.

Nous pourrions borner à ce peu de mots les préceptes de thérapeutique de la colite aiguë, convaincus que nous sommes, par l'expérience de plusieurs années et de plusieurs médecins, qu'il n'en est presque aucune qui résiste à ce petit nombre de moyens bien administrés ; mais il existe quelques agens qu'on a beaucoup vantés à différentes époques, sur lesquels nous devons dire quelques mots.

L'opium surtout a été singulièrement préconisé par quelques auteurs et blâmé par d'autres. Ce médicament produit de bons effets lorsque la colite est peu intense, et non accompagnée d'accélération du pouls ; il est toujours incertain et souvent nuisible dans les circonstances opposées : on doit donc s'en abstenir alors. On administre le laudanum à la dose de vingt-cinq à trente gouttes, ou le sirop diacode, à celle de demi once dans trois à quatre onces d'un véhicule émollient : ou bien on donne l'extrait gommeux à la dose d'un grain dans trois à quatre onces d'eau sucrée, que l'on fait prendre par cuillerées à des intervalles de demi-heure à deux heures, suivant l'intensité des douleurs. Enfin, quand les douleurs sont très-vives, on donne avec succès des lavemens de décoction de graine de lin, auxquels on ajoute six, huit et dix gouttes de laudanum, ou tout simplement faits avec la décoction de têtes de pavots.

Les vomitifs, et surtout les purgatifs, sont trop souvent dangereux, pour que nous ne nous fassions pas un devoir de les proscrire ; ils peuvent d'ailleurs toujours être remplacés avec avantage par les moyens précédens : il y a donc plus que de l'imprudence à y recourir. Il en est de même d'une foule de prétendus *anti-dysentériques*, tels que le cachou, le simarouba, la rhubarbe, le quinquina, la ratanhia, le diascordium, le vin généreux, dont l'emploi est beaucoup plus fréquemment nuisible qu'utile dans la colite aiguë. Nous ne nions pas que ces moyens aient procuré quelques guérisons, mais combien plus aussi n'ont-ils pas fait de victimes ! et puisque, dans l'état actuel de la science, il n'est pas encore possible de distinguer à l'avance les cas dans lesquels ils seraient utiles de ceux dans lesquels ils nuiraient, puisque, d'une autre part, on peut toujours les remplacer avec avantage par des moyens certains et toujours innocens lorsqu'ils ne soulagent pas, nous croyons devoir en repousser l'emploi du traitement de la phlegmasie qui nous occupe. Nous dirons seulement que l'habitude de voir beaucoup de malades dans les hôpitaux apprend à manier ces dangereux agens avec plus d'assurance et quelquefois avec succès.

Enfin, il est encore un moyen qui compte des succès et des revers, comme les précédens ; incertain comme eux, et non moins dangereux, c'est le vésicatoire sur la région abdominale. Cependant, le savant baron Desgenettes en a retiré de bons effets ; mais nos réflexions précédentes ne lui sont pas moins applicables.

### Colite chronique.

C'est l'inflammation chronique de l'intestin colon ; elle est connue sous le nom de *diarrhée.*

*Causes.* Au premier rang nous devons placer celles qui agissent directement sur le canal intestinal, et qui appartiennent pour la plupart au régime alimentaire ; ce sont les mêmes que nous avons vues produire la colite aiguë ; nous n'en répéterons donc pas l'énumération. Un mauvais lait, l'usage prématuré d'alimens trop substantiels et les douleurs de la dentition la produisent fréquemment chez les enfans. Elle est souvent occasionée aussi par le froid humide, agissant surtout sur les pieds ; enfin, toutes les émotions vives, et surtout la frayeur, la développent quelquefois. La plupart des individus qui arrivent pour la première fois dans une grande ville, comme Paris, Londres, etc., en sont affectés, sans que la cause qui la produit soit bien connue. On a prétendu que cela dépendait des qualités de l'eau, mais rien n'est moins démontré. Aucun âge, aucun sexe, aucun tempérament n'en sont à l'abri ; on l'a observée épidémique en automne et dans les hivers humides.

*Symptômes.* Les auteurs ont partagé la colite chronique en *diarrhée aiguë* et *diarrhée chronique;* nous la diviserons en légère et en intense, dési-

(1) Tome II, pag. 350, 2 édition.

gnant ainsi les deux degrés extrêmes de l'affection, entre lesquels on peut supposer un nombre de nuances infini. La plus grande fréquence et la liquidité des déjections alvines en forment, dans tous les cas, les caractères principaux.

Dans la colite chronique légère, les évacuations sont peu fréquentes, elles se répètent cinq à six fois par jour seulement, la matière est jaune ou brune et demi-liquide; des douleurs obscures et des borborygmes précèdent chaque selle; du malaise et de la faiblesse en sont les suites; rarement elle s'accompagne de la perte de l'appétit.

Dans la colite chronique intense, les selles sont nombreuses et peuvent être portées jusqu'à quinze, vingt et plus, toutes les vingt-quatre heures; elles sont aussi beaucoup plus liquides et souvent involontaires; les douleurs qui les précèdent sont plus intenses, quelquefois même elles sont vives au point de produire des sueurs froides, des défaillances et une décomposition rapide des traits: des borborygmes et des tortillemens des intestins les accompagnent. Les matières excrétées produisent dans quelques cas un sentiment de cuisson à l'anus, mais ce n'est ordinairement qu'après que les selles se sont répétées plusieurs fois. La nature des selles est variable; d'abord, c'est un liquide épais et jaunâtre, mêlé de mucus et de bile; plus tard, c'est un mélange de mucus, de sérosité et de bile jaune ou verte, rendu écumeux par la présence de quelques gaz, etc.; l'odeur aussi varie. En peu de jours, et quelquefois même en vingt-quatre heures, l'affaiblisement est considérable; le malade maigrit assez rapidement. Dès le début, la face pâlit, la peau se sèche et devient d'une sensibilité extrême à l'impression du froid; elle prend aussi de bonne heure l'aspect terreux dont nous avons parlé à l'occasion de la colite aiguë.

Il existe une forme de colite chronique qui est presque toujours méconnue; elle n'est pas accompagnée de diarrhée, si le malade est très-sobre et vit surtout de laitage, de légumes et de viandes blanches; la diarrhée l'accompagne au contraire si le malade se nourrit de viandes et cherche à se fortifier par le bon vin. C'est dans le premier cas qu'elle est difficile à reconnaître; voici cependant quelques phénomènes qui jettent du jour sur le diagnositc. Le malade ressent dans un point fixe du trajet du gros intestin, le plus ordinairement dans le cœcum, une douleur sourde, quelquefois assez vive, intermittente, irrégulière, qui survient tout à coup, et, après avoir duré plus ou moins de temps, disparaît subitement. Tant qu'elle se fait sentir, les idées du malade sont tristes, il est abattu et éprouve une fatigue extrême dans les membres, et tout cela s'évanouit avec elle. Rarement elle se fait sentir dans la position horizontale si ce n'est par la pression et chez les personnes maigres seulement, car chez les individus qui ont de l'embonpoint, la pression la plus forte ne la réveille pas, l'ingestion des alimens la calme; les lavemens émolliens et narcotiques produisent promptement le même effet. Elle se manifeste surtout quatre à cinq heures après les repas, après la marche prolongée, à la suite des secousses du cheval ou d'une voiture un peu rude; elle se fait sentir aussi quelquefois lorsque le malade fléchit le corps en avant, ou lorsqu'il le courbe fortement en arrière. Le chagrin, les contrariétés, la colère, la font reparaître. Elle peut durer de longues années sans influer sur la nutrition si le malade est sobre; mais enfin, tôt ou tard, si on ne s'occupe pas de cette affection, l'amaigrissement commence, et quelquefois on découvre alors une tumeur dans la région douloureuse. Le rétrécissement de l'intestin, sa dégénérescence cancéreuse, et enfin l'ascite, sont souvent les conséquences de cette phlegmasie quand on la néglige. Lorsqu'elle a son siége dans le cœcum, il arrive assez fréquemment qu'elle se propage au tissu cellulaire environnant et donne lieu à un abcès de cette région.

On a créé un assez grand nombre de variétés de la colite chronique, en raison de diverses circonstances dont elle est quelquefois accompagnée. Ainsi, d'après la nature des selles, on a créé une *diarrhée stercorale*, dont le nom indique assez la nature; on a appelé *muqueuse* celle dans laquelle les excrétions sont formées en totalité ou en grande partie par un mucus épais et gélatiniforme; on a nommé *séreuse* celle dont les selles ressemblent à de l'eau trouble et quelquefois limpide; *bilieuse*, celle qui consiste dans une évacuation abondante de bile par l'anus; *lientérique*, celle dans laquelle les substances ingérées traversent le canal intestinal sans subir aucune élaboration; *laiteuse*, *graisseuse*, *purulente*, celles dont on a comparé les excrétions à du lait, de la graisse ou du pus; enfin *vermineuse*, celle dans laquelle des vers sont expulsés avec les autres matières. On a donné généralement le nom de *colliquative* à la diarrhée qui produit un épuisement rapide des malades, et qui survient ordinairement à la fin des affections chroniques graves. Ces distinctions sont en général d'assez peu d'importance: cependant on a remarqué que, toutes choses égales d'ailleurs, les diarrhées dites *muqueuse* et *séreuse* sont plus graves que les autres. Quant à la diarrhée *colliquative*, ce qui en fait le danger, c'est qu'elle survient chez des individus épuisés par une longue maladie, qui seule eût suffi pour les entraîner dans la tombe, et qu'alors elle ne fait que hâter la terminaison funeste, mais inévitable.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Cette phlegmasie peut exister pendant plusieurs années sans donner la mort, comme elle peut conduire à cette issue fatale en quelques jours; mais ces cas ne sont pas les plus ordinaires, surtout le dernier; car il est rare que la colite chronique compromette les jours des malades. Elle se termine presque toujours par résolution; celle qui est légère en deux ou trois jours ordinairement, et celle qui est intense en quinze, vingt ou trente. Lorsqu'elle se prolonge au delà de ce terme, elle finit presque constamment par ulcérer la membrane muqueuse de l'intestin; elle peut même à la longue en déterminer la dégénérescence cancéreuse, et alors l'épanchement de sérosité dans l'abdomen, connu sous le nom d'*hydropisie ascite*, en est fréquemment la conséquence. En général, le pronostic de cette phlegmasie est peu grave, et l'art parvient presque toujours à la guérir. Cependant, chez les vieillards très-avancés en âge et les enfans très-

jeunes, elle est plus dangereuse qu'à toute autre époque de la vie. Les évacuations aqueuses et la diminution rapide de l'embonpoint et des forces sont surtout de mauvais signes. Chez les femmes enceintes, elle peut entraîner l'avortement. (*Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat.* Hippocrate.)

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve la membrane muqueuse de l'intestin colon, rouge, épaissie et ramollie. Quelquefois elle est ulcérée, perforée ou recouverte de plaques ou de végétations. Enfin, dans quelques cas, on l'a trouvée très épaissie et convertie en une substance homogène, lardacée et cancéreuse; alors les membranes musculaire et péritonéale partagent son altération pathologique. Presque toujours alors il y a épanchement de sérosité dans la cavité abdominale.

*Traitement.* Il repose sur les mêmes bases que celui de la colite aiguë; la diète, les boissons et les lavemens mucilagineux et émolliens, et les applications de sangsues à l'anus, sont encore les principaux moyens qui le composent. Nous avons vu des colites chroniques céder, après dix mois et un an de durée, à une seule application de quinze sangsues, vingt-quatre heures de diète et un peu d'eau de riz gommeuse. Quand cette affection est légère, il suffit souvent de diminuer les alimens et de faire un choix parmi eux; de prescrire, par exemple, l'usage exclusif des œufs frais, du riz, des fécules, etc.; et de joindre à ce régime, l'eau de riz, la décoction blanche de Sydenham, les solutions de gomme arabique édulcorées avec les sirops de gomme, de coing ou de grande consoude, pour boisson habituelle : il suffit, disons-nous, de ces moyens pour en obtenir la cessation rapide. Mais quand elle est intense, les saignées locales sont indispensables, et la diète doit être absolue. Dans les colites anciennes et rebelles, on seconde avec avantage l'emploi des moyens cités, par celui des frictions sèches et aromatiques, des bains de baignoire et de vapeur, des vêtemens de flanelle, des ventouses sèches sur le trajet du colon ou à la partie interne et supérieure des cuisses et au périnée chez l'homme; enfin par l'application d'un large vésicatoire sur l'abdomen. Cette dernière médication n'a pas, dans la colite chronique et peu intense, les inconvéniens que nous lui avons reconnus dans la colite aiguë; cependant elle exige encore beaucoup de circonspection. Enfin, l'opium, les potions laudanisées, et surtout les lavemens avec addition de cinq à six gouttes de laudanum ou avec l'amidon, réussissent souvent contre les diarrhées légères. Nous avons employé avec succès les lavemens d'eau de Goulard laudanisée. Les cataplasmes de riz sur l'abdomen, ceux de graine de lin, arrosés de laudanum, sont aussi très-utiles.

Certains remèdes astringens et aromatiques, tels que les décoctions de cachou, de simarouba, de quinquina, de bistorte, de tormentille, de cascarille, la canelle, la thériaque, le diascordium, la confection hyacinthe, etc., comptent d'assez nombreux succès dans cette phlegmasie; mais plus souvent encore ils ont exaspéré la maladie qu'ils étaient appelés à détruire. Il serait de la plus grande utilité de pouvoir déterminer les circonstances dans lesquelles ces moyens sont efficaces, et celles dans lesquelles ils sont nuisibles; malheureusement ce travail n'a pas encore été fait et la même incertitude règne sur ce point en théorie et en pratique. Tout praticien prudent ne doit donc en tenter l'emploi qu'après s'être convaincu de l'inutilité des moyens rationnels, et les cesser aussitôt qu'il en reconnaît l'insuffisance et le danger. Il en usera de même à l'égard des vomitifs et des purgatifs; ceux-ci surtout sont des plus dangereux dans cette maladie.

Il n'est pas rare d'observer, dans la convalescence de la plupart des maladies aiguës une espèce de diarrhée qui réclame une médication particulière. Voici d'abord en quoi elle consiste. Le convalescent se plaint d'aller quatre ou cinq fois à la garde-robe dans le cours de la journée, sans douleurs et sans coliques; les selles sont à demi consistantes; ses forces ne se réparent pas; si on l'interroge, on ne tarde pas à s'apercevoir que le nombre des selles est égal à celui des repas, et qu'elles ont lieu une couple d'heures ordinairement après l'ingestion des alimens. On fait promptement cesser cette diarrhée, qui paraît être due à ce que les alimens ne séjournent pas assez longtemps dans l'estomac, et deviennent, par leur défaut d'élaboration, irritans pour les intestins, en faisant prendre, immédiatement après le repas, une dose modérée de vin pur et généreux, tel que la plupart des vins d'Espagne et celui de Bordeaux.

La diarrhée des enfans dépend ou de la mauvaise qualité du lait de la nourrice, ou d'un sevrage trop brusque; ou bien elle est sympathique des douleurs de la dentition. Dans le premier cas, il faut changer la nourrice; dans le second, rendre le sein à l'enfant, et ne revenir ensuite aux alimens que par une gradation bien ménagée; dans le troisième enfin, employer la diète, les boissons gommeuses, les opiacés et quelquefois les saignées locales. Il ne faut pas, parce qu'on a prononcé qu'une diarrhée est sympathique de la dentition, se croire dispensé de la combattre; tant qu'elle est légère, on doit ne pas s'en occuper; mais lorsqu'elle a un certain degré d'intensité, il faut se rappeler que, pour être sympathique, une irritation n'en est pas moins réelle, et l'on doit l'attaquer en conséquence. Cependant, lorsque le travail de la dentition est douloureux, il irrite sympathiquement l'encéphale ou les voies digestives chez la plupart des enfans, et provoque des convulsions ou la diarrhée. S'il n'agit pas sur l'une de ces parties, il agit sur l'autre, d'une manière en quelque sorte nécessaire, parce qu'un point violemment douloureux associe toujours quelque organe à sa souffrance. En arrêtant tout à coup une diarrhée sympathique de la dentition, on peut donc craindre de la voir subitement remplacée par l'irritation de l'encéphale. C'est en effet ce qui arrive, et la plupart des mères savent bien nous dire qu'il ne faut pas arrêter le *dévoiement* de leurs enfans lorsqu'ils font des dents, sous peine de les voir pris de convulsions. On doit donc en général se borner à diminuer cette diarrhée, à la maintenir dans de justes limites, et ne la com-

battre énergiquement que lorsque, par sa violence ou sa continuité, elle compromet l'existence des petits malades.

Il est quelques diarrhées contre lesquelles il est inutile de rien tenter; telles sont la plupart des *diarrhées colliquatives* accompagnant les phlegmasies chroniques de la poitrine; non pas qu'elles soient salutaires, car, par l'émaciation et l'affaiblissement extrêmes et rapides qu'elles produisent, elles précipitent la fin des malades : mais parce qu'aussitôt qu'on les arrête, les accidens pectoraux, surtout la dyspnée, augmentent au point souvent de menacer les malades de suffocation; presque tous préfèrent conserver leur diarrhée. Il faut se borner à la maintenir dans de justes bornes par une alimentation légère et quelques lavemens opiacés. La diarrhée séreuse qui survient tout à coup dans quelques hydropisies, en est souvent le moyen de guérison; il est presque superflu d'ajouter qu'on doit la respecter.

### Colite intermittente.

Cette affection est assez rare; cependant nous avons pu en observer cinq à six exemples. On en lit quelques observations dans les auteurs (1), sous les noms de *dysenterie* ou *diarrhée intermittente* ou *rémittente*, *fièvre intermittente atrabilaire*, *colite intermittente*. C'est la phlegmasie intermittente plus ou moins intense de la membrane muqueuse de l'intestin colon.

*Causes.* Toutes celles de la colite continue agissant par intervalles. Les purgatifs violens et administrés à contre-temps, et surtout lorsqu'il existe déjà quelques signes de colite légère, en sont la cause la plus ordinaire.

*Symptômes.* Ils sont les mêmes que ceux de la colite continue; chaque accès est ordinairement précédé de frisson, accompagné de chaleur, et suivi de sueur; mais cela n'est pas constant. Pendant sa durée, des selles plus ou moins fréquentes, plus ou moins douloureuses, accompagnées d'une plus ou moins grande anxiété, quelquefois de lipothymie et de refroidissement des extrémités, suivant qu'il est plus ou moins intense, en sont les principaux symptômes. Dans l'intervalle des accès, le calme est quelquefois complet; d'autres fois la diarrhée persiste, mais à un bien moindre degré que dans l'accès; c'est alors qu'on nomme la maladie *rémittente*.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* On l'a observée sous les types *quotidien*, *tierce*, *quarte*, etc.; les accès durent depuis quelques heures jusqu'à vingt-quatre. Elle se termine ordinairement par la résolution, quelquefois par la mort pendant l'accès. Son pronostic repose sur les mêmes bases que celui de toutes les irritations intermittentes, c'est-à-dire sur la force, la durée et la distance des accès.

*Caractères anatomiques.* On ne connaît pas d'ouvertures de cadavres faites à la suite de cette affection. A en juger par les symptômes, il est probable qu'on trouverait les mêmes désordres qu'après les colites continues.

*Traitement.* Pendant les accès, il ne diffère en rien de celui des colites continues; nous renvoyons en conséquence à ce que nous avons dit à cet égard. Pendant l'apyrexie, il consiste dans l'administration du quinquina, de ses diverses préparations, ou de ses succédanés, ou de quelques autres moyens que nous exposerons en détail, en traitant de la gastro-entérite intermittente.

(1) Morton, *Opera medica*, hist. 4. — Lauter, *Historia biennalis*, casus 20 et 21. — Torti, *Thérap. spécial.* lib, III, c. 1, hist. 7. — Picqué, *Journal de Médecine* tome XLII, 1774. — Desruelles, *Journal universel des Sciences médicales*, tome XV.

### De la gastro-entérite (1).

On nomme *gastro-entérite* la phlegmasie de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins grêles. De toutes les inflammations qui affligent l'espèce humaine, celle-ci est la plus fréquente, et cependant c'est une de celles qui est restée le plus long-temps méconnue. On peut affirmer que, sur cent malades atteints d'affections aiguës, il y en a toujours au moins soixante affectés de cette phlegmasie, seule ou compliquant celles d'autres organes. Ses causes nombreuses, ses symptômes variés, les formes multipliées sous lesquelles elle s'offre à l'observateur, son alliance fréquente avec la phlegmasie des autres organes et de quelques uns en particulier, les traces diverses qu'elle laisse sur les cadavres, enfin les longues discussions auxquelles elle a donné lieu dans ces derniers temps, en rendent l'histoire intéressante, mais longue et difficile à tracer; nous essaierons toutefois de ne rien omettre.

De même que la plupart des autres phlegmasies, la gastro-entérite se manifeste à l'observateur sous les formes *aiguë* ou *chronique*, *continue* ou *intermittente*, et nous aurons à l'étudier sous chacun de ces aspects en particulier. Mais indépendamment des différences qu'elle présente dans ces divers états, indépendamment des modifications que lui impriment aussi les tempéramens, les saisons et les climats, elle se montre principalement sous deux formes bien distinctes, suivant qu'elle affecte plus spécialement tel élément de la membrane muqueuse que tel autre. Il est donc indispensable que nous jetions ici un coup d'œil rapide sur quelques faits de la disposition anatomique de cette membrane.

La membrane muqueuse gastro-intestinale, outre le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux sanguins qui entrent dans sa texture et en forment en quelque sorte le canevas, contient deux autres élémens, ou plutôt un grand nombre de petits organes de deux espèces particulières. Les uns, composés de filets nerveux très-déliés et de vaisseaux sanguins très-fins, ont la forme de petites houppes de la longueur d'une demi-ligne environ; on les nomme *villosités*. Ces organes se gonflent, rougissent et s'érigent à la manière du tissu érectile, au contact d'un grand nombre de stimulans,

(1) Consultez Boisseau, *Pyrétologie physiologique*, etc. 1 vol. in-8. 4e édition, — Rayer article *Gastro-Entérite* du *Dictionnaire de Médecine* en 18 volumes. — Goupil, *ouvrage déjà cité*.

et en particulier de quelques uns que nous ferons connaître. Ils paraissent le siége principal, si ce n'est exclusif, de l'irritabilité de la membrane; les premiers, ils ressentent l'impression des corps étrangers déposés à sa surface, de quelque nature qu'ils soient; ce sont, si nous pouvons nous exprimer ainsi, les organes du tact et du goût de la membrane gastro-intestinale. Ils existent dans toute l'étendue des voies digestives, excepté dans l'œsophage et à la région cardiaque de l'estomac. Les autres organes que contient cette membrane, sont de petits sacs qui s'ouvrent à sa surface chacun par un orifice plus étroit que son fond; leur fonction est de sécréter le fluide connu sous le nom de *mucus*, par lequel la membrane est incessamment lubréfiée; recouverts par les villosités, ils en reçoivent l'excitation qui les force à sécréter; on les désigne par les noms de *follicules*, *cryptes*, *glandes mucipares*, *glandes de Peyer*, *de Brunner*. Ils sont isolés dans l'estomac et le duodénum, agglomérés au nombre de trente à quarante vers la fin du jéjunum et dans tout l'iléon, et disposés en plaques arrondies ou elliptiques sur le bord libre de l'intestin, enfin, associés deux à deux, quatre à quatre, et rarement en plus grand nombre, dans l'intestin colon, à son bord adhérent comme à son bord libre.

Or, les recherches et les observations de plusieurs médecins distingués de nos jours, et sur tout les travaux de M. Scoutetten, démontrent que ces deux séries d'organes peuvent s'enflammer isolément, sous l'influence de causes spéciales, et donner lieu de la sorte à deux groupes de symptômes bien distincts. Nous adopterons donc la division établie par M. Scoutetten, et nous admettrons avec lui deux espèces de gastro-entérite, la *gastro-entérite villeuse* et la *gastro-entérite folliculeuse*. Nous ne prétendons pas toutefois que dans la première de ces phlegmasies les villosités soient toujours seules enflammées, ni dans la seconde les follicules; il nous suffit qu'il en soit fréquemment ainsi, et que, dans le cas où l'inflammation n'est pas bornée à l'une de ces séries d'organes, elle y prédomine cependant assez pour imprimer une physionomie particulière à la maladie, cela suffit, disons-nous, pour légitimer la distinction que nous consacrons.

Nous consacrerons quelques lignes à l'étude d'une troisième forme de gastro-entérite, savoir la *gastro-entérite avec ramollissement gélatiniforme* de la membrane muqueuse.

Enfin, il existe une quatrième forme de gastro-entérite dont nous devons donner aussi une description particulière, bien qu'elle n'ait encore trouvé place jusqu'à ce jour dans aucune Nosographie; c'est celle dans laquelle les malades rendent par les selles des fausses membranes; nous la nommerons *gastro-entérite pseudo-membraneuse*.

### Gastro-entérite villeuse aiguë.

La gastro-entérite villeuse affecte indistinctement les individus de tout âge, les deux sexes et tous les tempéramens. Les tempéramens nerveux et irritables y sont cependant plus exposés : la chaleur atmosphérique prédispose à la contracter. D'après son siége et les fonctions des organes qu'elle affecte, on peut présumer qu'elle doit surtout se développer sous l'influence de causes qui excitent vivement la sensibilité de la membrane muqueuse gastro-intestinale; c'est en effet ce qui a lieu. Ainsi les alimens fortement épicés, les salaisons, la viande de gibier, l'abus des acides tels que le vinaigre, celui des alcooliques, les indigestions répétées, l'ingestion des substances vénéneuses, âcres, corrosives, en sont les causes ordinaires. La plupart des gastro-entérites villeuses que l'on observe dans la pratique particulière sont fomentées et produites par l'alimentation trop excitante que nous venons d'indiquer; par les liqueurs spiritueuses, ou par la mauvaise habitude de surcharger à chaque repas l'estomac d'une trop grande quantité d'alimens, et souvent par ces trois causes réunies. Quelquefois cette phlegmasie succède rapidement à l'ingestion de boisson glacée; dans quelques cas, elle est l'effet sympathique des douleurs vives, et principalement de celles qui ont leur siége à la peau, comme dans les brûlures; enfin on la voit quelquefois produite par la répercussion d'une dartre, ou par la suppression d'une évacuation habituelle, et principalement par la cessation brusque de la transpiration habituelle des pieds.

Telles sont les causes spéciales de la gastro-entérite villeuse. Cette phlegmasie peut sans doute se développer aussi sous l'influence des causes productrices de la gastro-entérite folliculeuse; mais cela n'arrive en général que chez les individus nerveux, et chez lesquels la membrane muqueuse gastro-intestinale est naturellement douée d'une sensibilité trop vive, ou, à plus forte raison, chez ceux qui sont affectés de *gastro-entérite*.

*Symptômes*. Ils varient suivant les degrés d'intensité de l'inflammation et le tempérament des individus; la nature des causes qui la produisent lui imprime aussi quelques caractères particuliers.

Chez les individus sanguins et pléthoriques, abusant des vins généreux et faisant usage d'une nourriture trop substantielle et trop exclusivement animale, la gastro-entérite villeuse légère se manifeste souvent par les symptômes suivans : perte d'appétit, soif, chaleur, quelquefois pesanteur et plus rarement douleur à l'épigastre, langue rouge aux bords et à la pointe et blanche à son centre; pouls plein et fréquent, peau chaude et halitueuse, rougeur et turgescence de la face, coloration des pommettes, injection des yeux, battement des artères temporales, céphalalgie obtuse, lassitudes spontanées, urines rouges et déposant en grande abondance un sédiment briqueté. Souvent la suppression d'une hémorragie ou d'une saignée habituelle est la cause provocatrice de ces symptômes, et souvent une hémorragie nasale les fait disparaître. On trouve cette nuance de gastro-entérite désignée chez les auteurs anciens sous les noms de *fièvre inflammatoire*, *sinoque*, *éphémère* quand elle ne dure qu'un jour, *continente* et *angioténique*.

Chez les individus bruns, secs, d'un tempérament bilieux, adonnés aux liqueurs spiritueuses et usant de préférence d'alimens âcres, salés, épicés, et de viandes de haut goût, enfin dans les contrées et les saisons chaudes, la gastro-entérite prend souvent

la physionomie suivante : l'épigastre est brûlant, souvent douloureux et tendu, la langue est d'une rougeur prononcée à ses bords et à sa pointe, tandis qu'un enduit jaunâtre en recouvre la surface; l'appétit est perdu, les malades éprouvent même du dégoût, de la répugnance pour les alimens, ils ont la bouche amère, une soif vive les tourmente, ils désirent les boissons froides et acidules, ils ont des nausées, ils vomissent même de la bile jaune ou verte, ils sont constipés; leur pouls est petit, serré, fréquent et dur; la face offre une teinte jaune, principalement sur les conjonctives, autour des ailes du nez et autour des lèvres; quelquefois même toute la peau est colorée en jaune; enfin il existe en même temps une céphalalgie sus-orbitaire ordinairement intense, et des douleurs contusives dans les membres. Sous cette forme la gastro-entérite villeuse a reçu les noms de *fièvre gastrique, ardente, mésentérique, bilieuse, méningo-gastrique*.

A la suite de l'ingestion des substances âcres, après les violens accès de colère, après les indigestions, et principalement après celles qui surviennent sous l'influence de certains alimens, tels que les fraises, le melon, les œufs de quelques poissons, ceux du barbeau, du brochet, par exemple; enfin dans les temps de chaleur excessive, la gastro-entérite villeuse débute quelquefois avec un caractère d'intensité remarquable, et s'annonce par les symptômes suivans : douleurs vives, intolérables à l'épigastre et souvent dans toute la région abdominale; vomissemens abondans, d'abord de mucosités et d'alimens mal digérés, ensuite de matières brunes, noirâtres, vertes, porracées; selles de même nature; éructations, nausées et flatuosités par le bas dans l'intervalle des vomissemens; soif dévorante; rejet fréquent par le vomissement des boissons les plus douces; désir des boissons glacées; horreur des alimens; chaleur brûlante de la peau. Quelquefois les contractions du cœur sont enchaînées par la douleur, et le pouls alors, quoique petit, paraît quelquefois dans son rythme naturel; mais le plus ordinairement il est fréquent, serré, dur, parfois irrégulier, intermittent; dans ce cas, le nez, les oreilles, les pieds et les mains sont d'un froid glacial. Enfin la respiration est courte et suspirieuse, il survient des hoquets; la face est d'abord animée, puis bientôt décomposée, pâle et couverte d'une sueur froide; l'anxiété est extrême, la prostration est considérable, et le malade éprouve des crampes extrêmement douloureuses dans les membres. Ce groupe de symptômes constitue le *cholera sporadique* des auteurs.

Dans les cas les plus ordinaires de gastro-entérite villeuse, dans ceux que l'on rencontre chaque jour dans l'exercice de la médecine, l'inflammation abandonne en général l'estomac dès les premiers jours sous l'influence des moyens antiphlogistiques, mais elle persiste avec beaucoup plus d'opiniâtreté dans les intestins, et alors voici le nouvel aspect sous lequel on l'observe; l'abdomen est tendu, gonflé et ballonné; les parois en sont plus chaudes que la peau du reste du corps : quelquefois une douleur sourde et profonde se fait ressentir *à la pression* dans la fosse illiaque droite; mais ce signe appartient plus spécialement à la gastro-entérite folliculeuse, et dans celle qui nous occupe il est plus ordinaire que le ventre soit indolent *à la pression*. Mais le malade éprouve des coliques plus ou moins fortes que l'ingestion des boissons froides réveille ordinairement; ces coliques sont toujours exaspérées par les substances alimentaires, et surtout par celles qui sont tirées du règne animal, telles que le bouillon, par exemple; rarement la diarrhée les accompagne; elles déterminent un brisement extrême des forces musculaires. En même temps une sensation de chaleur intense existe dans les intestins, la constipation est opiniâtre, et seulement interrompue quelquefois par une diarrhée bilieuse de courte durée; presque toujours les malades rendent beaucoup de vents; quelques borborygmes précèdent toujours la diarrhée bilieuse passagère dont nous venons de parler; les urines sont en général peu abondantes, rouges et sédimenteuses. A ces symptômes locaux se joignent la sécheresse et l'aridité de la peau, la langue est blanche ou jaune au centre et rouge aux bords et à la pointe; la soif est vive, l'appétit nul, la bouche amère, la figure est jaunâtre autour des lèvres et vers les ailes du nez, ou bien elle est terne et terreuse, excepté dans les momens du paroxisme, pendant lesquels les pommettes se colorent; le pouls est petit et accéléré lorsqu'il y a diarrhée, dur et un peu plein dans le cas de constipation. Sous cette forme, la gastro-entérite était autrefois désignée par les noms d'*embarras intestinal simple* et d'*embarras intestinal bilieux*, selon que les signes de la présence de la bile existaient ou non.

Enfin, lorsque la maladie acquiert ou possède dès le début un haut degré d'intensité, elle s'accompagne d'un cortége de symptômes plus graves et plus nombreux, en raison des sympathies plus étendues qu'elle réveille. C'est surtout sur le cerveau qu'elle réagit; et alors à la chaleur brûlante et à la sensibilité vive de l'abdomen, à la soif inextinguible qui dévore le malade, à la rareté, la rougeur et la concentration des urines, à la difficulté de leur excrétion, à la vivacité et à la fréquence du pouls, à la sécheresse et la rougeur ou la teinte brune de la langue, viennent s'ajouter de l'anxiété, de l'oppression, des soubresauts dans les tendons, une agitation continuelle, une céphalalgie plus ou moins forte, du délire presque toujours agité et quelquefois furieux, des cris, des vociférations, de l'insomnie. En même temps les yeux sont vifs et étincelans, quelquefois vifs et hagards, et tantôt l'éclat de la lumière et le bruit fatiguent le malade, tantôt au contraire il ne distingue plus les objets et ne perçoit que confusément les sons; assez souvent les avant-bras sont fléchis sur les bras et se laissent difficilement étendre; enfin, chez les jeunes enfans, il se manifeste souvent des mouvemens convulsifs.

Cette dernière forme de la gastro-entérite villeuse a long-temps été confondue sous les noms de *fièvre maligne*, *nerveuse*, *cérébrale*, *ataxique*, avec les inflammations du cerveau ou de ses enveloppes, et avec toutes les phlegmasies intenses que des symptômes cérébraux accompagnent. On l'observe surtout chez les femmes, chez les enfans et chez les individus dont les sympathies entre l'estomac et l'encéphale sont très-actives; on l'observe encore

chaque fois que l'inflammation gastro-intestinale est très-douloureuse, par exemple, lorsqu'elle est produite par un poison corrosif ou un irritant violent. L'irritation cérébrale est, à n'en pas douter, dans cette forme de la gastro-entérite, et surtout au début, sous l'influence de la phlegmasie gastro-intestinale; elle en suit tous les progrès, elle s'exaspère ou diminue avec elle, guérit par les moyens qui détruisent cette inflammation, et s'aggrave sous l'influence des irritans de la membrane gastro-intestinale. Cependant, pour peu qu'elle se prolonge, les membranes du cerveau s'enflamment; aussi trouve-t-on très-fréquemment l'arachnoïde injectée chez les individus qui succombent à cette phlegmasie.

Mais il n'est pas nécessaire, chez les enfans, que l'inflammation soit intense pour qu'elle s'accompagne de phénomènes cérébraux assez graves, tels que l'assoupissement, le coma, le grincement des dents, le renversement du globe de l'œil sous la voûte de l'orbite, les soubresauts des tendons, et même les mouvemens convulsifs. Une indigestion suffit quelquefois dans l'enfance pour produire ces symptômes. Il est alors souvent difficile de savoir laquelle de l'encéphalite ou de la gastro-entérite est la principale maladie. Si la chaleur de la peau est intense, le pouls très-fréquent, la soif vive, la langue très-rouge, et l'épigastre douloureux, et si surtout ces symptômes ont eu l'initiative, il est très-probable que ceux de l'encéphale sont sympathiques. Il est un moyen d'investigation qui jette souvent le plus grand jour sur le vrai siége du mal: c'est la pression épigastrique. Si cette région est douloureuse, on voit au moment où l'on exerce la compression, tous les symptômes cérébraux se réveiller s'ils étaient assoupis, ou s'exalter s'ils existent encore. Nul doute alors que la phlegmasie gastro-intestinale ne soit le principal mobile du désordre. S'il reste quelque inquiétude, on combat les deux irritations par les moyens que nous indiquerons en parlant du traitement.

*Marche, durée et pronostic.* La gastro-entérite villeuse débute rarement d'une manière subite et violente; cela ne s'observe guère que lorqu'elle est produite par une cause énergique, comme l'ingestion d'une substance très-irritante. Dans le plus grand nombre des cas, les malades éprouvent pendant quelques jours un peu plus de soif que de coutume; leur appétit est diminué; ils ont la langue sale, couverte d'un enduit jaunâtre, la bouche fade; ils éprouvent quelques coliques sourdes et de la chaleur à la peau quelques heures après les repas, et alors la maladie s'aggrave et se montre bientôt sous l'une des formes précédemment décrites, parce qu'ils continuent de prendre des alimens, et surtout de s'exciter par du vin, des liqueurs ou du café, ou bien elle éclate tout à coup avec violence, à l'occasion d'un écart de régime ou de toute autre cause.

La marche de cette phlegmasie n'est presque jamais rapide, excepté dans les cas où elle est l'effet d'une substance vénéneuse, et dans ceux où elle s'accompagne de symptômes cérébraux; on ne la voit guère menacer la vie des malades, quelle que soit son intensité, avant douze à quinze jours de durée; et d'un autre côté, ce n'est que dans les cas où elle est très-légère qu'elle se termine avant le troisième jour. On peut donc fixer à peu près sa moindre durée à trois jours, sa durée moyenne à quinze ou vingt, et sa plus longue durée à quarante. Elle se termine le plus ordinairement par résolution; quelquefois, surtout si elle est négligée ou mal traitée, elle passe à l'état chronique. Elle n'est en général meurtrière que lorqu'elle règne épidémiquement. Dans la forme cholérique cependant, c'est-à-dire dans cette forme de gastro-entérite villeuse, connue sous le nom de *choléra-morbus sporadique*, le danger est presque toujours très-grand. Elle est surtout très-dangereuse lorsque le froid glacial de la peau se fait remarquer au nombre de ses symptômes. (*Ex vehementi partium circâ ventrem dolore, extremorum refrigeratio mala.* Hippocrate, Aph. 26, sect. 7.)

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la gastro-entérite villeuse aiguë, on trouve la membrane muqueuse gastro-intestinale rouge, injectée, quelquefois épaissie, souvent facile à déchirer et s'enlevant sous forme de larges plaques rouges, épaisses et saignantes; les valvules conniventes sont plus développées, les villosités sont rouges, gonflées et saillantes.

*Traitement.* Le traitement de la gastro-entérite en général et de la gastro-entérite villeuse aiguë en particulier, se compose de saignées générales et locales, de fomentations, cataplasmes et lavemens émolliens, de boissons acidules ou gommeuses, froides et même glacées, et de l'abstinence des alimens et des stimulans de toute espèce.

Les saignées générales conviennent rarement dans les gastro-entérites villeuses ordinaires de nos climats; elles y sont cependant quelquefois indispensables, et voici dans quelles circonstances: 1° lorsque le malade est très-pléthorique; 2° lorsque la gastro-entérite est accompagnée d'une pneumonite même légère, comme cela arrive fréquemment dans les contrées et dans les saisons froides et humides. Il n'est pas rare de voir, dans ces circonstances hygiéniques, des gastro-entérites qui résistent aux saignées locales les plus abondantes; si l'on ausculte alors les malades, on découvre souvent une pneumonite latente. C'est cette phlegmasie, qui ne donne pourtant aucun symptôme d'existence, qui enraye ainsi les efforts du médecin. Une saignée du bras produit dans ce cas les meilleurs effets. 3°. Il faut encore avoir recours à la saignée générale au début des gastro-entérites dont l'invasion est violente et dans lesquelles la région épigastrique est très-douloureuse. Dans les autres cas, les saignées locales doivent être préférées.

L'expérience a appris que la région épigastrique est le lieu où les applications de sangsues produisent les meilleurs effets. Cependant on doit en même temps les pratiquer à l'anus lorsqu'il y a diarrhée, c'est-à-dire lorsque la phlegmasie gastro-intestinale s'étend jusqu'au colon.

Les fomentations, les cataplasmes et les lavemens émolliens ne sont que d'une utilité secondaire dans le traitement de la gastro-entérite villeuse aiguë; cependant il ne faut pas les négliger.

Un moyen bien plus puissant consiste dans l'application de la glace sur l'abdomen; mais il ne convient d'y recourir que dans les cas graves, et surtout lorsque la faiblesse du sujet et la quantité de sang qu'on lui a tirée ne permettent plus d'employer les saignées. Le danger de faire naître des pneumonites ou de les accroître lorsqu'elles accompagnent déjà la gastro-entérite, et la violence de la réaction qui suit quelquefois l'application du froid, sont les deux graves inconvéniens qui s'opposent à l'emploi plus fréquent de ce moyen efficace.

Les boissons froides ou à peine tièdes conviennent dans tous les cas, excepté cependant lorsqu'il existe une complication de phlegmasie bronchique, pulmonaire ou pleurale; elles doivent être le moins possible chargées de principes nutritifs, et gommeuses, acidules, mucilagineuses, ou simplement sucrées, suivant le goût des malades. Ainsi les décoctions et infusions d'orge, de chiendent, de fleurs de mauve, de racine de guimauve; les sirops de gomme, de guimauve, de sucre, d'orgeat, de groseille et de vinaigre dans l'eau; la limonade, l'orangeade, l'eau chargée d'albumine, sont les boissons les plus généralement usitées. On guérit un grand nombre de gastro-entérites légères, sans applications de sangsues, et par le seul usage de l'une de ces boissons, donnée à la glace et à petites doses fréquemment répétées; cela réussit surtout dans la gastro-entérite villeuse avec super-sécrétion bilieuse. Cependant il est prudent, lorsque ces affections sont intenses, d'employer en même temps les saignées locales. Les boissons acidules glacées sont aussi très-efficaces contre les vomissemens opiniâtres et pour étancher la soif. Il faut les administrer à doses assez rapprochées pour ne pas donner le temps à la réaction de s'opérer, sinon elles seraient plus nuisibles qu'utiles; et lorsqu'on veut les suspendre, on ne doit ramener que par gradation les malades à des boissons d'une température plus élevée.

Dans toutes les gastro-entérites, la diète est indispensable. En général, plus l'abstinence des alimens est complète, et moins la guérison de ces affections se fait attendre, et *vice versâ*. Lorsqu'elles sont légères même, quelques jours de diète et l'usage des boissons délayantes suffisent pour les faire disparaître. On ne saurait trop le répéter : les voies digestives irritées se trouvent toujours fort mal d'être forcées au travail d'une digestion, quelque légère qu'elle soit. Quand les symptômes diminuent et que l'appétit se prononce, ce n'est encore qu'avec de grandes précautions, proportionnées d'ailleurs à la durée et à l'intensité de la maladie, qu'il est permis de revenir aux alimens. On est souvent obligé de commencer l'alimentation par les substances qui exigent le moins d'efforts digestifs, tels que les panades à l'eau, les fécules, les végétaux et le laitage, et successivement les viandes blanches et la chair des jeunes animaux, avant d'arriver aux bouillons et aux viandes plus nourrissantes. Beaucoup de rechutes sont dues à l'inobservance de ces préceptes, souvent enfreints par l'indocilité des malades : à l'aide de ces moyens combinés et habilement dirigés, on guérit la très-grande majorité des gastro-entérites de nos climats; un petit nombre résiste et entraîne la mort.

On a beaucoup vanté l'usage des vomitifs au début de la gastro-entérite villeuse, lorsque surtout elle est accompagnée d'une super-sécrétion bilieuse plus ou moins abondante. Stoll et Pinel surtout en avaient fait un précepte. Mieux appréciés dans leurs effets depuis la naissance de la nouvelle doctrine, ces médicamens ne sont plus employés qu'avec beaucoup de circonspection, et sont réservés pour un petit nombre de cas qui ne sont pas même bien déterminés. Cependant on peut y recourir, quand la chaleur est peu intense, quand la douleur épigastrique et la rougeur de la langue sont nulles, chez les personnes grasses, blondes, molles et peu excitables, dans les saisons et les contrées froides et humides, et dans les pays du nord; hors ces cas, les vomitifs sont, comme l'a dit M. Broussais, de vrais *quitte-ou-double*, et tout médecin prudent doit s'en abstenir. Il en est de même des purgatifs; leur emploi a été considérablement restreint dans ces derniers temps, après avoir été pour ainsi dire banal; Pinel avait déjà commencé cette réforme. Un peu moins dangereux que les vomitifs, ils cessent de l'être dans les mêmes circonstances.

Dans la forme de gastro-entérite villeuse qui constitue le choléra-morbus sporadique, les moyens de traitement sont encore les mêmes. Mais ici il importe surtout d'insister sur les boissons glacées, sans négliger toutefois les évacuations sanguines locales. Les bains tièdes prolongés et l'opium à l'intérieur deviennent d'un grand secours dans le traitement de cette phlegmasie. L'opium surtout y jouit d'une grande efficacité. Parmi les médecins qui en ont célébré les bons effets, M. Chauffard s'est surtout attaché à en bien préciser les indications; il pense qu'on ne doit pas y avoir recours tant que la peau est sèche et chaude, car alors il est plus souvent nuisible qu'utile, et les saignées locales lui sont préférables. Mais il le regarde comme éminemment avantageux dans les cas où les malades sont énervés par l'intensité de la maladie, quand les vomissemens et les déjections alvines sont excessives, et surtout quand la peau est froide, dernier cas dans lequel les évacuations sanguines seraient le plus ordinairement nuisibles (1). Les lavemens et les cataplasmes doivent être rendus narcotiques par la décoction de têtes de pavot ou par l'addition du laudanum. MM. Fouquier et Orfila ont eu recours avec succès contre les vomissemens opiniâtres du choléra sporadique, à l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique.

Enfin, lorsque l'inflammation gastro-intestinale réagit sur l'encéphale, il est souvent nécessaire de combattre les phénomènes cérébraux par des saignées locales pratiquées aux tempes ou derrière les oreilles; on doit le faire pour peu que ces symptômes soient intenses, et qu'ils ne diminuent pas ou que faiblement sous l'influence des évacuations sanguines épigastriques. Si les symptômes abdominaux diminuent considérablement, ceux de

(1) Chauffard, *Mémoire sur le Choléra-Morbus*, et particulièrement sur l'emploi et l'action de l'opium dans cette maladie. *Journal général de Médecine*, janvier 1829.

l'encéphale restant les mêmes, le traitement doit être presque entièrement dirigé contre ceux-ci ; il se compose de l'emploi des saignées locales derrière les oreilles et aux tempes, de l'application du froid sur la tête, et des révulsifs aux extrémités inférieures. ( Voyez *Arachnoïdite.* )

Gastro-entérite villeuse chronique.

Les causes de cette phlegmasie à l'état chronique sont les mêmes que celles qui la produisent à l'état aigu ; elle ne fait souvent que succéder à celle-ci. Mais il est assez rare qu'à l'état chronique l'inflammation occupe à la fois l'estomac et l'intestin grêle ; l'un de ces deux organes est ordinairement seul affecté. Cependant cela a lieu quelquefois, et c'est le plus communément alors l'estomac et le duodénum qui sont le siége de phlegmasie; telle est la gastro-entérite des buveurs. C'est cette gastro-entérite villeuse que M. Casimir Broussais a décrite sous le nom de *duodénite;* c'est elle qui détermine le plus grand nombre d'affections chroniques du foie. Plus rarement elle occupe l'estomac et la fin de l'intestin grêle ou l'intestin colon. La *fièvre hectique* des auteurs est souvent une gastro-entérite chronique ; c'est ce qui a lieu surtout dans celle qui accompagne les affections chroniques extérieures.

La gastro-entérite chronique des ivrognes se manifeste par la perte de l'appétit, la sécheresse de la bouche, la chaleur de la gorge, une soif ardente, la sensibilité de l'hypocondre droit auprès du rebord des fausses côtes, et un état de faiblesse musculaire, un brisement des membres, qui ne se dissipent qu'après l'ingestion du vin et des liqueurs spiritueuses. Il est à remarquer que les individus qui s'enivrent habituellement avec du vin ont en général la figure fortement colorée; tandis que ceux qui s'enivrent avec l'eau-de-vie et les autres liqueurs spiritueuses analogues sont presque tous d'une pâleur extrême.

Quant à la gastro-entérite villeuse chronique ordinaire, on la reconnaît aux symptômes suivans: la bouche est presque continuellement pâteuse ou amère, la langue sale à sa surface et quelquefois rouge et pointillée sur ses bords et à sa pointe ; l'épigastre et le ventre, autour de l'ombilic, sont ordinairement le siége d'une douleur sourde, que la pression et toutes les secousses un peu fortes réveillent; une petite soif tourmente continuellement les malades; leurs lèvres sont d'un rouge foncé, habituellement sèches, et parfois fendillées; la peau est sèche et aride, et l'épiderme s'en détache par écailles pulvérulentes sur toutes les parties du corps; les garde-robes sont rares, difficiles, et les matières excrétées sont noires, desséchées et roulées en petites boules ; de temps en temps cependant, il se déclare un peu de diarrhée; le ventre se tend et se ballonne ordinairement pendant les digestions, il se rétracte dans l'intervalle ; il s'opère un amaigrissement lent, mais graduel et continu; les forces se perdent chaque jour. Tous les écarts de régime et tous les stimulans exaspèrent ces accidens. En général, les malades sont calmes dans l'intervalle des digestions : les symptômes se réveillent après les repas, et surtout après celui du soir. En un mot, les choses se passent dans cette affection comme dans la gastrite et l'entérite chroniques.

Chez les jeunes enfans, la gastro-entérite villeuse chronique est presque toujours accompagnée d'une diarrhée de matières glaireuses ou verdâtres ; elle détermine quelquefois l'engorgement des ganglions mésentériques (voy. *Entérite*); le ventre est ordinairement bouffi, ballonné, et son volume contraste d'une manière frappante avec la maigreur des extrémités ; les malades sont tristes et s'assoupissent aussitôt qu'ils ont mangé, ou bien une ou deux heures après, ce qui est le plus ordinaire, parce que l'inflammation prédomine presque toujours dans l'intestin grêle (voyez encore *Entérite.*)

La durée moyenne de la gastro-entérite villeuse chronique ne peut pas être déterminée même d'une manière approximative, puisqu'on voit cette maladie se prolonger chez certains sujets pendant plusieurs années sans donner la mort. Son pronostic est en général favorable. Tant qu'il n'y a pas une décoloration profonde de la peau, que la digestion des alimens légers et liquides s'opère bien, on a tout lieu d'espérer la guérison : mais lorsque l'amaigrissement est extrême, la peau couleur de cire, les digestions très-difficiles, ou même impossibles, et que les selles sont cendrées ou blanchâtres, il reste bien peu de chances de succès. Un engorgement ancien de ganglions mésentériques nombreux, un épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale rendent encore le pronostic beaucoup plus grave. Enfin, si une diarrhée liquide et abondante vient s'ajouter à ces derniers symptômes, la perte du malade est inévitable.

A l'ouverture des cadavres, on trouve la membrane muqueuse d'un rouge plus foncé qu'à la suite de son inflammation aiguë; cette rougeur tire sur le brun; les villosités sont violacées, brunâtres, ou même tout-à-fait noires; on ne distingue plus bien les vaisseaux capillaires injectés comme à l'état aigu ; c'est en quelque sorte une teinte de la membrane, disposée par plaques plus ou moins étendues, qui se fait remarquer quand la maladie a été de longue durée ; on trouve souvent la membrane muqueuse érodée et parsemée çà et là d'ulcérations à bords usés et à fond bleuâtre, et entourées d'une auréole rouge. Il ne faut pas confondre ces ulcérations avec celles qui s'observent dans la gastro-entérite folliculeuse, et dont nous tracerons bientôt les caractères.

La gastro-entérite villeuse chronique réclame les mêmes moyens thérapeutiques que l'aiguë; mais quand elle dure déjà depuis quelque temps, il n'est plus possible d'insister autant sur les évacuations sanguines, ni de tenir les malades à une diète aussi rigoureuse. On se contente donc d'appliquer quelques sangsues de loin à loin, chaque fois que l'inflammation semble vouloir s'accroître, ce qu'annoncent l'augmentation de la chaleur cutanée et l'accélération du pouls. On permet quelques alimens aux malades, mais des alimens légers et de facile digestion. Les bains sont ici plus utiles que dans l'état aigu, surtout les bains rendus émolliens par une décoction de racine de guimauve ou de son, etc. On seconde puissamment les bons effets de ces moyens par les frictions

sèches sur la peau, les vêtemens de flanelle, l'exercice modéré, et principalement celui de la voiture, enfin par l'habitation à la campagne. Comme dernière ressource, lorsque la maladie se montre rebelle aux moyens précédens, on peut avoir recours aux vésicatoires, aux sétons, aux moxas sur la région abdominale, et principalement aux frictions avec la pommade stibiée.

### Gastro-entérite folliculeuse aiguë.

Cette affection se trouve décrite dans les auteurs sous un grand nombre de dénominations différentes, suivant les idées diverses que l'on s'est fait de sa nature : c'est la *fièvre putride*, la *synoque* (*sinochus putris* et *imputris*), la *fièvre typhoïde* des anciens; c'est encore la *fièvre muqueuse* de Rœderer et Wagler, l'*adéno-méningée* et la *fièvre adynamique* de Pinel, l'*entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres, la *gastro-entérite adynamique* de M. Broussais, la *fièvre* ou l'*affection typhoïde* de MM. Louis (1) et Chomel, la *dothinentérite* de M. Bretonneau, l'*iléo-dyelidite* de M. Bally. MM. Petit et Serres sont les premiers qui aient rapporté les symptômes de cette affection à une lésion de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

*Causes.* La gastro-entérite folliculeuse a ses causes spéciales comme la gastro-entérite villeuse. Les femmes, les enfans, les hommes d'un tempérament mou et lymphatique, et tous les individus qui ont la peau fine, très-blanche, et les cheveux blonds, sont plus exposés à la contracter, et elle prend en général chez eux un caractère de ténacité et de gravité beaucoup plus prononcé. C'est déjà une première différence qu'elle présente avec l'entérite villeuse, qui attaque indistinctement les individus de tout âge, des deux sexes, et de tous les tempéramens. Elle en diffère ensuite en ce qu'au lieu de se développer comme celle-ci sous l'influence des stimulans de la sensibilité, comme les spiritueux, les épices, etc., elle l'est ordinairement par les stimulans de la sécrétion intestinale, soit qu'ils agissent directement sur les organes de cette fonction, soit indirectement, en diminuant l'action sécrétoire de la peau. C'est ainsi que l'habitation dans les lieux humides, une température froide et humide long-temps prolongée, prédisposent éminemment à la contracter; c'est ainsi qu'on la voit naître sous l'influence des purgatifs, des alimens de mauvaise qualité, de ceux, par exemple, qui ont déjà subi un commencement de fermentation, des fruits non parvenus à leur maturité, du pain fait avec des farines avariées, de l'alimentation avec des substances végétales ou animales que l'on ne mange pas dans les circonstances ordinaires de la vie, mais auxquelles la disette ou la famine forcent d'avoir recours; enfin sous l'influence des eaux malsaines et corrompues pour boisson. La gastro-entérite folliculeuse, une fois développée par l'action de l'une ou de plusieurs de ces causes réunies, peut ensuite, lorsqu'elle a beaucoup d'intensité, se reproduire par l'infection, c'est-à-dire par l'accumulation des miasmes qui se dégagent des individus qui en sont atteints, lorsque ces malades sont rassemblés en grand nombre dans un petit espace, ainsi que cela arrive quelquefois dans les hôpitaux, les prisons, les vaisseaux, et même dans de simples dortoirs de séminaire ou de pension. M. Bretonneau prétend même qu'un seul individu atteint de cette affection, transporté au milieu d'une population saine, peut communiquer la maladie tout autour de lui. Il pense, en un mot, que la gastro-entérite folliculeuse est éminemment contagieuse, et par conséquent transmissible d'un individu à un autre, comme la petite vérole et les autres maladies analogues. MM. Leuret et Gendron ont adopté cette opinion; mais elle ne nous paraît pas étayée de preuves suffisantes. Au contraire, des faits nombreux la repoussent, et pour n'en citer qu'un, nous dirons qu'on la voit tous les jours dans les hôpitaux de Paris, sans qu'elle se transmette jamais du malade qui en est affecté à ceux qui couchent auprès de lui.

*Symptômes.* De légers troubles dans les fonctions digestives, tels que l'inappétence, quelques coliques, un peu de dévoiement qui cesse et reparaît tour à tour, de la faiblesse et du malaise, précèdent souvent de plusieurs jours l'invasion de la gastro-entérite folliculeuse. D'autres fois, ce sont les symptômes de l'*embarras intestinal* des auteurs, qui ouvrent la scène. Ainsi, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, l'appétit est nul, les alimens pèsent sur l'estomac, et les digestions sont lentes, surtout si l'on se nourrit de laitage et de farineux; les alimens un peu excitans sont au contraire un peu plus facilement digérés; les malades ressentent des borborygmes, des coliques sourdes; tour à tour constipés et relâchés, ils rendent dans ce dernier cas beaucoup de mucosités dans les selles; le pouls est mou et ralenti, les urines sont troubles. Enfin, dans d'autres cas, la maladie revêt de prime abord les caractères qui lui sont propres; elle se manifeste alors sous l'un des aspects suivans :

Sentiment de pesanteur et de tuméfaction à l'épigastre, sensibilité de l'abdomen à la pression, perte d'appétit, goût aigre, fade et pâteux de la bouche; langue recouverte d'un enduit grisâtre, blanc et limoneux, et un peu rouge sur ses bords et à la pointe; aphthes dans la bouche; soif modérée, rapports acides et nidoreux, haleine fétide, coliques passagères, quelquefois suivies de selles muqueuses et contenant parfois des vers intestinaux; diarrhée si la phlegmasie s'étend jusqu'à l'intestin colon; pouls faible, petit et fréquent, quelquefois lent; chaleur peu intense de la peau, sueurs rares et ordinairement acides; pâleur générale, faiblesse, abattement, douleurs vagues dans les membres, urine épaisse, trouble, blanche ou rougeâtre, avec sédiment grisâtre ou briqueté. Cette forme de la gastro-entérite folliculeuse se trouve décrite dans les auteurs sous les noms de *fièvre mésentérique*, *pituiteuse* ou *séreuse*, *lente*, *nerveuse*, *glutineuse*, *muqueuse*, *adéno-méningée*, et sous celui de *fièvre vermineuse*, lorsqu'elle

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de gastro-entérite, fièvre putride, typhoïde*, etc., Paris, 1829 2 vol. in-8.

est accompagnée de l'expulsion des vers, ce qui arrive assez fréquemment chez les enfans.

Quelquefois cette phlegmasie acquiert promptement un haut degré d'intensité; cela manque rarement d'arriver surtout lorsque l'on cherche à combattre les symptômes précédens par des médicamens incendiaires; aussi les exemples en deviennent-ils plus rares chaque jour, depuis que l'on abuse beaucoup moins des stimulans de toute espèce et principalement des émétiques. Voici, dans ce cas, les symptômes par lesquels elle se manifeste : épigastre brûlant et quelquefois douloureux à la pression, souvent insensible; dégoût et même horreur des alimens et surtout des substances animales; répugnance extrême pour les boissons fortes, désir des boissons froides et acidules ou de l'eau pure, soif inextinguible; langue sèche, noire, racornie, fuligineuse; lèvres, gencives et dents recouvertes aussi de fuliginosité; nausées, vomissemens; constipation, si l'inflammation ne dépasse pas l'intestin grêle; diarrhée, au contraire, si elle atteint le colon, et souvent alors excrétion involontaire des matières fécales; pouls d'une fréquence extrême, chaleur âcre et sécheresse de la peau; odeur fétide de tout le corps surtout dans les cas rares où il y a un peu de moiteur; face profondément altérée, céphalalgie obtuse, délire tranquille, somnolence, décubitus sur le dos, prostration extrême des forces; urines rares, rouges, brûlantes, quelquefois entièrement retenues, et ne s'échappant plus que par regorgement; d'autres fois émission involontaire de ce liquide. Ce groupe de symptômes a été nommé par Pinel *fièvre adynamique*.

Quand la gastro-entérite folliculeuse s'aggrave spontanément, l'inflammation abandonne promptement l'estomac; elle se fixe en quelque sorte dans l'intestin grêle et principalement à la fin de l'iléon, là où les follicules sont en grand nombre, et alors on observe les symptômes suivans : la douleur abdominale dont nous avons déjà parlé, peu vive et profonde, ne se fait sentir que dans la région cœcale et à une pression un peu forte; la langue est superficiellement recouverte d'un enduit d'un gris foncé, les dents sont sèches, la soif est vive; le pouls est à peine accéléré pendant les premiers jours, la physionomie des malades présente l'expression de l'abattement et de la tristesse, l'œil est terne, le teint décoloré et livide, surtout au pourtour des lèvres et des ailes du nez; le malade est couché sur le dos, il a une répugnance extrême au mouvement; la peau est extrêmement sèche et rugueuse; l'intelligence est engourdie, obtuse, bien que conservée, les réponses sont lentes mais justes; et quand vient le soir, le pouls s'accélère, la peau devient un peu plus brûlante, la sclérotique s'injecte, et il se déclare un délire fugace dont on tire facilement le malade en fixant son attention. Ce paroxysme dure toute la nuit (Petit et Serres).

Dans un plus haut degré d'intensité, la douleur abdominale est beaucoup plus vive; quelquefois elle est encore bornée au flanc droit et le ventre alors n'est pas météorisé; d'autres fois elle s'étend à tout l'abdomen qui est alors tendu et ballonné; les selles sont séreuses et fétides, les urines peu abondantes; les dents, toujours sèches, sont légèrement fuligineuses; un enduit brunâtre superficiel et comme pulvérulent, quelquefois une croûte noire et épaisse, recouvre la langue; la soif est vive; la figure exprime un abattement et une tristesse extrêmes; les pommettes sont d'un violet livide, l'œil est sombre, profond et toujours injecté, la somnolence et le délire sont continuels, les réponses sont encore justes cependant, mais plus lentes et plus difficiles; la peau est sèche, rugueuse, quelquefois couverte de pétéchies; le pouls est fréquent, faible et facile à déprimer; il y a des soubresauts dans les tendons; tous les soirs il survient un redoublement; les urines sont peu abondantes; toutes les parties du corps qui sont soumises à une pression continue, comme le sacrum, s'échauffent, s'excorient, et ont bientôt une tendance extrême à se gangréner.

Enfin, quand la maladie doit avoir une terminaison funeste, tous les accidens précédemment décrits s'accroissent, la figure se décompose, les fonctions cérébrales s'embarrassent de plus en plus; le malade cesse de répondre aux questions; l'œil terne, flétri, immobile, est constamment tourné en haut; les narines sont desséchées, et leurs bords paraissent saupoudrés d'une poussière grisâtre; la langue, tremblotante, ne peut sortir de la bouche, qui reste béante et exhale une odeur fétide; la chaleur abandonne les extrémités; le ventre, s'il était météorisé, s'affaisse et devient insensible à la pression; la peau se couvre de taches livides et violettes; elle se gangrène partout où il y a plaie ou pression continue; le pouls devient extrêmement fréquent, faible, vermiculaire; la respiration s'embarrasse et le malade succombe.

Mais ce n'est pas toujours ainsi que la mort arrive dans la maladie qui nous occupe. Quelquefois pendant le cours et pourtant à une époque toujours avancée de cette affection, sans cause connue et lorsqu'on s'y attend le moins, en un mot, comme nous avons déjà dit que cela arrivait dans l'entérite chronique, l'intestin se perfore et produit ces symptômes d'inflammation violente et subite du péritoine que nous avons déjà décrits à l'occasion de cette dernière maladie : la mort arrive ordinairement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion de ces accidens. D'autres fois, le ventre se gonfle coup à tout sans météorisme, le pouls devient d'une faiblesse et d'une petitesse extrêmes; une sueur froide couvre la figure, les extrémités se refroidissent, toutes les souffrances du malade ont disparu, et il s'éteint bientôt sans douleur et sans agonie. Dans ce cas, une artère plus ou moins volumineuse s'est ouverte au fond d'une ulcération; c'est souvent alors en se mettant sur le vase de nuit que le malade périt.

Il serait superflu de mettre en parallèle les symptômes de la gastro-entérite villeuse avec ceux de la gastro-entérite folliculeuse, pour faire ressortir les différences qui les distinguent; le lecteur peut aisément faire ce travail lui-même. Nous nous bornerons à faire remarquer que ces différences se trouvent assez bien résumées en disant, que la *fièvre bilieuse* et la *fièvre ataxique* des auteurs appartiennent à la gastro-entérite villeuse, tandis que la *fièvre muqueuse* et la *fièvre adynamique*

appartiennent à la gastro-entérite folliculeuse. Toutefois il est des cas où cette distinction n'est pas possible; ce sont ceux dans lesquels les villosités et les follicules participent également à l'inflammation.

*Marche, durée, pronostic, et caractères anatomiques.* La marche de la gastro-entérite folliculeuse de moyenne intensité est beaucoup plus lente et sa durée bien plus longue que la marche et la durée de la gastro-entérite villeuse du même degré; il en est encore de même si l'on compare ces deux phlegmasies à leur plus haut degré. Ainsi la *fièvre muqueuse* marche plus lentement et dure plus longtemps en général que la *fièvre bilieuse*, et de même la *fièvre adynamique* comparée à la *fièvre ataxique*. Toutes choses égales d'ailleurs la gastro-entérite folliculeuse du premier degré est plus grave aussi que la gastro-entérite villeuse du même degré; la gastro-entérite folliculeuse adynamique l'est plus que la gastro-entérite villeuse ataxique. On trouve la raison de ces différences dans la nature des lésions anatomiques particulières à chacune de ces affections. Les follicules intestinaux, peu sensibles, doivent par cela même parcourir les périodes de l'inflammation avec beaucoup plus de lenteur que les villosités, organes essentiellement irritables; les mêmes follicules une fois tuméfiés, exigent bien plus de temps pour rentrer dans l'état normal que les villosités qui n'ont éprouvé d'autre altération qu'une injection plus considérable de leurs vaisseaux; enfin, les désordres que leur inflammation et leur désorganisation entraînent dans la membrane muqueuse et dans le mésentère, sont beaucoup plus graves que ceux que l'inflammation des villosités peut produire.

En effet, nous avons vu que l'inflammation des villosités n'entraînait ordinairement que l'injection, la coloration et la diminution de la consistance de la membrane muqueuse, et dans quelques cas seulement, l'érosion et l'ulcération de cette membrane. Les désordres que produit l'inflammation des follicules sont bien autrement graves. Ils consistent, au début, dans un boursouflement de la membrane muqueuse, qui se montre par plaques de forme elliptique et nettement circonscrites, plus larges, et plus épaisses à mesure que l'on s'approche de la fin de l'iléon. Ces plaques nommées *plaques gaufrées*, en raison de leur aspect, sont formées par des follicules dont le volume est augmenté; on trouve, à l'ouverture des cadavres, chacun de ces petits organes plein de mucus épaissi, ou de pus, ou de matière caséeuse; ce sont leurs ouvertures qui forment les points déprimés des plaques. Plus tard, ces plaques augmentent encore d'épaisseur, quelques follicules, soit isolés, soit au centre des plaques, soit enfin accumulés prennent un accroissement plus considérable, et se montrent sous forme de pustules généralement arrondies, quelquefois crevassées à leur surface et excavées à leur centre, tantôt d'une couleur rosacée ou noires d'injection, et tantôt pâles, souvent rouges, fongueuses, molles, entourées d'une auréole inflammatoire; enfin variables en dimensions depuis le volume d'une lentille jusqu'à un pouce et même deux pouces de long sur demi-pouce de largeur lorsqu'elles sont elliptiques. Enfin, chaque follicule se convertit en un petit ulcère, ou bien, plusieurs se confondent en ulcérations plus grandes. Dans ce dernier cas, les ulcères ont leurs bords coupés à pic, tantôt arrondis, tantôt irréguliers; ils sont le plus ordinairement elliptiques; leur fond est grisâtre et formé par la membrane musculeuse elle-même, quelquefois même par le péritoine. On trouve quelquefois, au fond et sur les bords de ces ulcères, des vaisseaux en partie détruits, d'autres fois intacts. Nous avons dit, en parlant des symptômes, que l'érosion de ces vaisseaux donnait quelquefois lieu à une hémorragie mortelle; on trouve alors les intestins remplis d'un sang noirâtre, fluide et fétide. Quelquefois enfin, le follicule tuméfié tombe en gangrène, et il se détache alors comme le bourbillon d'un furoncle, ou bien toute une plaque gauffrée se sépare comme une escharre; enfin, dans quelques cas, une portion plus ou moins étendue de la membrane muqueuse est frappée de gangrène, les autres membranes de l'intestin en sont même quelquefois atteintes. L'intestin se perfore souvent par l'effet de cette gangrène, mais bien plus fréquemment encore par la simple désorganisation ulcéreuse. Entre les granulations, les pustules ou les ulcères, la membrane muqueuse est quelquefois pâle comme dans l'état sain, d'autres fois elle est très-injectée.

En même temps que ces désordres s'opèrent dans l'intestin, les ganglions mésentériques correspondans aux follicules enflammés prennent part à cette inflammation. D'abord, ils augmentent de volume et prennent une teinte rosée; plus tard, tout en continuant de s'accroître, ils prennent une couleur rouge plus foncée et en même temps leur cohésion diminue; mais bientôt il diminuent de volume, ils se ramollissent et prennent une teinte de lie de vin, ils ne tardent pas à être réduits en une bouillie de la même teinte. A la longue, la plupart s'atrophient, mais quelques uns se convertissent en kystes dans lesquels on trouve, tantôt une matière semblable à du pus mêlé de sang, tantôt un véritable pus blanc et crêmeux, tantôt enfin du pus concret, semi-tuberculeux. Le volume de ces ganglions varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon.

Des désordres aussi considérables expliquent suffisamment, ce nous semble, la gravité des symptômes de la gastro-entérite folliculeuse. Quand on réfléchit à l'importance des fonctions que remplit la membrane muqueuse gastro-intestinale, et à l'influence prodigieuse qu'elle exerce sur les principaux organes, soit en santé, soit en maladie, quand on voit l'inflammation en quelque sorte superficielle des villosités, produire de l'aveu de tous les médecins, les symptômes graves de la gastro-entérite villeuse ataxique, doit-on s'étonner que l'inflammation profonde de cette même membrane, bien profonde puisque les follicules pénètrent toute son épaisseur et sont même logés pour la plupart dans la tunique fibreuse placée au dessous d'elle, doit-on s'étonner, disons-nous, que l'inflammation profonde de cette membrane et sa désorganisation qui en est si souvent la suite, suffisent seules pour donner lieu aux graves accidens qui accompagnent la gastro-entérite folliculeuse? Et cependant, telle n'est pas l'opinion de la plupart

des médecins qui ont écrit sur cette maladie. MM. Petit et Serres, tout en regardant l'altération intestinale comme le point de départ de tous les accidens, pensent qu'un principe délétère se développe dans l'intestin malade, qu'il est absorbé, qu'il enflamme d'abord les ganglions mésentériques, et qu'ensuite il infecte la généralité des solides et des fluides. Selon M. Bretonneau, qui, le premier, a bien précisé le siége de l'inflammation dans les glandes de Peyer et de Brunner, cette phlegmasie est d'une nature spécifique comme la variole. « La *dothinentérite*, dit-il, est une maladie de tout l'organisme, avec lésion spéciale de l'intestin ou plutôt avec lésion des follicules isolés ou agglomérés qui abondent dans le dernier tiers de l'iléon; c'est une maladie accompagnée d'éruption intestinale, et non une maladie causée par cette éruption : car on ne pourrait sans une grave erreur, imputer les phènomènes morbides qui la constituent à la phlegmasie intestinale. » MM. Velpeau, Trousseau, Leuret, Cruveilhier, etc. etc., partagent cette opinion. Malgré toutes ces autorités, nous persistons à croire que tous les symptômes de la gastro-entérite folliculeuse dépendent de la lésion intestinale. Pour défendre l'opinion contraire, il faut supposer avec M. Bretonneau que la maladie est de nature spécifique; or, M. Scoutetten l'a fait naître à volonté sur des chiens, en les nourrissant avec des viandes gâtées, ne leur donnant à boire que de l'eau corrompue, et les forçant à séjourner dans un lieu sombre, humide, et dont l'air était saturé de miasmes provenant et de leurs alimens pourris et de leurs propres excrétions. Il faut en outre croire à une marche et une succession nécessaires et invariables dans le développement des altérations morbides; or, c'est ce que l'ouverture des cadavres dément quelquefois, puisque l'on trouve dans quelques cas, des plaques gauffrées à côté de pustules et d'ulcérations. Il faut admettre enfin que la maladie est contagieuse, et nous avons déjà vu que cette opinion n'était rien moins que prouvée. Toutefois les assertions de M. Bretonneau demandent à être examinées de nouveau, elles sont trop graves pour que l'on puisse les repousser légèrement; il faut convenir d'ailleurs que, à défaut de preuves, de fortes présomptions militent en faveur de quelques unes d'entre elles. Ce médecin pense, en outre, qu'une première attaque de la gastro-entérite folliculeuse en met à l'abri pour l'avenir. On voit qu'il l'assimile en tous points à la petite-vérole.

*Traitement.* On est peu d'accord sur les moyens à opposer à la gastro-entérite folliculeuse. Quelques médecins pensent que les antiphlogistiques conviennent seuls dans cette affection; d'autres prétendent que l'emploi des toniques est seul couronné de succès, et les uns et les autres citent des faits à l'appui de leurs opinions. Du sein de cette controverse et de la connaissance de ces faits en apparences contradictoires, est née une opinion mixte, qui fait consister le traitement de la gastro-entérite folliculeuse dans une combinaison des antiphlogistiques, des toniques et des révulsifs. Enfin, plusieurs praticiens, peu confians dans ces diverses médications, qu'ils disent avoir éprouvées toutes sans succès, pensent que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de s'en tenir à la médecine expectante. Nous allons essayer de trouver la vérité au milieu de ces incertitudes.

Remarquons d'abord que le traitement de la gastro-entérite folliculeuse ne saurait être exactement le même à toutes les époques de la maladie, c'est-à-dire lorsque les follicules ne sont que gonflés et enflammés, lorsqu'ils sont en suppuration, et lorsque par suite de leur destruction, la membrane muqueuse est ulcérée. Remarquons ensuite que si, dans la première période, on peut espérer de bons résultats de la médication à laquelle on a recours, on ne peut se les promettre aussi rapides dans la seconde et encore moins dans la troisième période, en raison des altérations de plus en plus profondes de la membrane, quelque bien appropriés que soient d'ailleurs les moyens thérapeutiques à ces deux époques de la maladie. Enfin n'oublions pas qu'en outre de l'inflammation, de la suppuration et de l'ulcération des follicules, il existe une autre lésion dans la maladie qui nous occupe, savoir : l'inflammation et la désorganisation des ganglions mésentériques, et que ces derniers désordres persistent souvent après la guérison des premiers. Ceci posé, voyons quelle doit être la conduite du praticien aux diverses phases de la maladie.

Il est bien évident que dans les commencemens de la maladie, le traitement doit être entièrement antiphlogistique. A cette époque, il n'y a bien encore qu'inflammation de la membrane muqueuse et des follicules; on doit donc se le proposer pour but et l'on peut espérer de l'enrayer dans sa marche, à moins que l'on n'admette avec M. Bretonneau, que les prétendus boutons de la dothinentérite parcourent nécessairement, comme ceux de la variole, les périodes d'inflammation et de suppuration, quelque chose qu'on fasse. Certes, si l'opinion de M. Bretonneau est fondée, le rôle du médecin doit se borner à maintenir dans de justes limites l'inflammation qui accompagne l'éruption intérieure; et quelques boissons délayantes, quelques sangsues, la diète, des cataplasmes et des lavemens émolliens, suffisent à remplir cette indication; et pourtant, par une étrange inconséquence, ce médecin et les partisans de son opinion prescrivent des purgatifs et des toniques. Mais si, au contraire, le développement des follicules est franchement inflammatoire ou n'a rien de spécifique, ce qui nous paraît plus vraisemblable, c'est à un traitement plus énergique qu'il faut avoir recours; c'est surtout d'une main moins timide qu'il faut employer les évacuations sanguines locales. Toutefois, lorsqu'après les premières applications de sangsues convenablement faites, on n'aperçoit aucune amélioration dans les symptômes, ou que cette amélioration n'est qu'instantanée, il devient probable que les follicules sont en voie de suppuration, et l'on sent dès lors toute l'inutilité de nouvelles évacuations sanguines. Ce n'est pas que plusieurs fois encore dans le cours de la maladie, la saignée locale ne puisse devenir nécessaire pour combattre quelques accidens inflammatoires; mais il n'est plus permis de l'employer comme moyen principal de traitement.

Combien de temps après l'invasion de la maladie les follicules enflammés passent-ils à l'état de suppuration ? On ne sait rien de bien précis à cet égard ; on peut affirmer seulement que ce travail morbide ne commence guère en général avant le huitième ou le neuvième jour ; aussi la plupart des auteurs s'accordent-ils à limiter au dixième jour le terme auquel les évacuations sanguines cessent d'être utiles. Passé ce terme, ils recommandent, les uns, des boissons acidules, comme les limonades citrique, sulfurique ou acétique, ou l'acide carbonique, secondés par les cataplasmes et les lavemens émolliens, et la diète ; les autres, les infusions ou décoctions toniques, et celle de quinquina de préférence, le camphre, le musc, etc. Ceux-ci prescrivent le sulfate de quinine à des doses considérables ; ceux-là ne craignent pas d'avoir recours aux purgatifs. Ils ne sont d'accord que sur un seul point, c'est sur l'emploi des vésicatoires.

Des guérisons ont été obtenues sans doute sous l'influence de tous ces moyens ; mais combien aussi de gastro-entérites folliculeuses ont été aggravées par le quinquina, le sulfate de quinine, l'acétate d'ammoniaque, le camphre, le musc, la serpentaire de Virginie et par les purgatifs ! La prudence dit de s'abstenir d'y avoir recours. Les boissons miellées et acidulées, les révulsifs et les moyens antiphlogistiques ordinaires suffisent pour triompher de la maladie, si les désordres ne sont pas trop considérables. Nous devons à une grande persévérance dans l'emploi de ces moyens simples des guérisons vraiment inespérées. Mais il faut une profonde conviction pour persister dans cette médecine en quelque sorte expectante, en présence de symptômes aussi graves que ceux que l'on a sous les yeux : les progrès vers le mieux sont si lents et si peu marqués d'un jour à l'autre, que l'on est tenté sans cesse de se jeter dans l'empirisme, dans l'espoir tous les jours déçu d'en obtenir des résultats plus rapides. Que peut-on espérer cependant du contact des stimulans que j'ai cités, sur des follicules enflammés et suppurés ? On se garde bien de les employer à l'extérieur, sur les boutons de la petite-vérole ou sur les furoncles, avec lesquels on compare ces follicules malades. Pourquoi donc, quand on établit des analogies, fondées ou non, ne pas en admettre les conséquences ? Pourquoi porter avec tant de hardiesse sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, couverte, dit-on, de *pustules* et de *furoncles*, des stimulans que l'on n'oserait pas appliquer sur la peau affectée de la même manière ?

C'est donc à des moyens simples, mais employés avec persévérance, qu'il faut se borner dans la période de suppuration de la gastro-entérite folliculeuse. La raison le dit et l'expérience le confirme. A plus forte raison doit-on tenir la même conduite lorsque la membrane muqueuse intestinale est parsemée d'ulcérations. Quel mal ne doivent pas produire alors tous ces irritans, que, par une inconcevable inconséquence, quelques médecins préconisent encore aujourd'hui ? A l'exception de la décoction de quinquina, que l'on peut considérer peut-être comme un moyen de hâter la cicatrisation des ulcères intestinaux, surtout lorsque l'on a quelques raisons de les supposer accompagnés de grangrène, nous ne voyons pas comment il serait possible de justifier plus long-temps l'emploi de pareils moyens. Nous concevrions beaucoup mieux que l'on eût recours à certains agens dans lesquels on croit que réside une propriété cicatrisante, tels que plusieurs substances balsamiques, l'acétate de plomb et le chlorure d'oxide de sodium ; au moins cela serait rationnel. Nous ne serions pas éloignés même d'essayer ce dernier agent, à la dose de trente à quarante gouttes d'abord dans une pinte d'eau, tant sa puissance cicatrisante nous a paru énergique à l'extérieur. Enfin, lorsque les ulcères intestinaux sont guéris, mais qu'il reste des ganglions mésentériques suppurés, il faut encore écarter de la muqueuse intestinale tout autre cause irritante capable de réveiller l'inflammation dans ces organes.

Ainsi donc, dans toutes les périodes de la maladie, la raison repousse l'emploi des irritans, la nature des lésions y répugne, l'expérience en a prouvé les inconvéniens. On nous opposera sans doute des exemples de guérisons obtenues par ces agens, mais nous ne craignons pas d'affirmer que dans la plupart des cas on n'a pas eu affaire à de véritables entérites folliculeuses, mais bien tantôt à des gangrènes intestinales, tantôt à des groupes de symptômes de putridité comme ceux qui accompagnent la pustule maligne ou toute autre gangrène, et qui paraisseut dépendre d'une infection du sang produite par la résorption de la matière putride du foyer gangréneux, etc., etc., toutes maladies confondues autrefois sous la dénomination de *fièvres adynamiques*, et aujourd'hui sous celles de *fièvres graves* et d'*affections typhoïdes*. Que si quelques gastro-entérites folliculeuses ont réellement cédé à l'emploi des toniques, c'est à travers tant de dangers que les malades sont arrivés à la guérison, qu'il est bien permis de croire que c'est malgré les toniques et non par eux qu'ils ont été guéris.

Un inconvénient plus grave succède assez fréquemment à la gastro-entérite folliculeuse intense, c'est la persistance de quelques ulcérations intestinales après la disparition de tous les autres accidens et lorsque le malade paraît entrer en convalescence. On s'en aperçoit bientôt à l'accroissement de la chaleur cutanée, à la petite soif et aux coliques sourdes qui accompagnent la digestion des alimens. Ces symptômes apparaissent avec plus d'intensité, et il s'y joint de la fréquence dans le pouls, à chaque repas un peu plus copieux que de coutume. Aussitôt que ces accidens se déclarent, il faut veiller attentivement au régime des malades, et les nourrir exclusivement de laitage, de fécules et de panades, d'alimens en un mot qui ne laissent que peu de résidu ou qu'un résidu peu excitant après leur digestion. (Voyez *Entérite chronique*.)

Enfin, après la guérison complète de la gastro-entérite folliculeuse, les ganglions mésentériques restent souvent engorgés ; de là naissent de nouvelles indications que l'on trouvera exposées aux articles *entérite chronique* et *tubercules mésentériques*.

Tout ce qui précède s'applique à la gastro-entérite folliculeuse grave et non à celle que les au-

teurs ont décrite sous le nom de *fièvre muqueus.* Très-souvent compliquée de pneumonite ou de bronchite, celle-ci réclame fréquemment l'emploi de la saignée générale, mais les évacuations sanguines ont rarement besoin encore d'être portées aussi loin que dans la gastro-entérite villeuse de même intensité. Les boissons délayantes ou acidules conviennent encore, mais on peut, sans inconvénient, les rendre légèrement aromatiques par l'addition des fleurs de sureau, de tilleul, de feuilles d'oranger, ou un peu amères par la chicorée, le *teucrium chamœdrys* et autres plantes de ce genre, surtout si on a le soin de faire ces boissons légères, et de les suspendre aussitôt que l'on s'aperçoit qu'elles augmentent la phlegmasie. L'abondante sécrétion de mucosités qui forme le caractère principal de cette forme de la gastro-entérite folliculeuse protége la membrane muqueuse contre l'action de ces médicamens. S'il y a des vers, les boissons seront rendues anthelmintiques par l'addition de la tanaisie, de la coraline de Corse, etc., etc., et on en surveillera les effets comme il a été dit ci-dessus. On emploie aussi avec avantage dans cette nuance de la gastro-entérite folliculeuse, les rubéfians de la peau qui nuisent presque toujours dans la gastro-entérite villeuse. Enfin, dans la convalescence de cette gastro-entérite, il arrive souvent que les membranes muqueuses restent pâles et que l'appétit et les fonctions digestives ne se rétablissent pas ; c'est alors le cas d'administrer des toniques ; mais au lieu de recourir aux toniques médicamenteux, il vaut mieux prescrire l'usage d'un bon vin pendant les repas. On retire de bons effets cependant du vin de quinquina et des vins amers donnés à jeun. Il est probable que dans ces cas, la membrane muqueuse gastro-intestinale a passé de l'état inflammatoire à celui d'asthénie, qu'elle reçoit, en un mot, moins de sang et qu'elle est moins excitable que dans l'état normal.

### Gastro-entérite folliculeuse chronique.

Nous avons dit que lorsque la gastro-entérite folliculeuse se prolongeait pendant un certain temps, l'inflammation abandonnait l'estomac et que bientôt l'intestin seul en était affecté. Aussi avons-nous fait l'histoire de cette phlegmasie à celle de l'*entérite chronique*, et nous y renvoyons nos lecteurs.

### Gastro-entérite gélatiniforme aiguë (1).

On rencontre quelquefois chez les enfans une forme de gastro-entérite toute particulière qui se caractérise par les symptômes suivans : les petits malades éprouvent des coliques violentes et toujours suivies d'une diarrhée verte plus ou moins fréquente dont la matière est semblable à de l'herbe hachée ; ils vomissent souvent des matières muqueuses ou bilieuses ; une soif ardente les dévore ; ils maigrissent avec une rapidité quelquefois prodigieuse et sont aussitôt jetés dans une prostration extrême ; ils ont la face pâle et décomposée ; continuellement assoupis, mais peu profondément, ils poussent de temps en temps des cris plaintifs et éprouvent des contorsions, probablement par l'effet des douleurs abdominales auxquelles ils sont en proie ; ils sont d'une extrême mauvaise humeur : leur pouls est lent et irrégulier ; leurs extrémités sont froides. C'est à M. Cruveilhier que nous devons les principales connaissances que la science possède sur cette matière ; il a le premier rattaché les symptômes que nous venons de décrire à l'altération pathologique qui les produit, signalé les causes de cette maladie et posé les principales bases de son traitement.

Les causes de cette forme de gastro-entérite chez les jeunes enfans sont presque toujours : le sevrage trop brusque, une alimentation trop forte pour la délicatesse de leurs organes digestifs, l'abus et souvent même l'usage peu nécessaire des purgatifs, du sirop d'ipécacuanha, du sirop anti-scorbutique, et autres stimulans dont les mères les gorgent souvent sans nécessité, et enfin les diarrhées prolongées que l'on respecte, dans la croyance erronée qu'elles sont salutaires. Ces causes, comme on le voit, ne diffèrent pas de celles des phlegmasies gastro-intestinales ordinaires.

L'altération pathologique que l'on rencontre dans les cadavres consiste dans un ramollissement gélatiniforme de la membrane muqueuse gastro-intestinale. «Ce ramollissement, dit M. Cruveilhier, procède toujours de l'intérieur vers l'extérieur. Il y a d'abord simple écartement des » fibres que sépare un mucus gélatineux, et par » conséquent les parois de l'organe sont épaissies » et demi-transparentes ; bientôt les fibres elles-» mêmes sont envahies, disparaissent enfin, de » telle sorte que l'estomac ou l'intestin ramollis » ressemblent à de la gélatine transparente, ar-» rondie en tube ou en portion de tube. Si la » transformation est complète, les parties désor-» ganisées sont entraînées couche par couche, » et ce qui reste paraît aminci ; le péritoine seul » résiste quelque temps ; mais enfin, envahi lui-» même, il s'use, se déchire et la perforation a » lieu. Les parties ainsi transformées, sont déco-» lorées, transparentes, d'apparence inorganique, » complètement dépourvues de vaisseaux, exha-» lant une odeur aigrelette semblable à celle du » lait caillé, sans odeur ni de putréfaction ni de » gangrène. Un fait digne d'intérêt, c'est que les » parties ramollies se décomposent beaucoup » moins promptement que les parties non alté-» rées dans leur organisation. L'ébullition qui » convertit en gélatine l'estomac et les intestins » donne une idée parfaite de ce genre d'altération. » Je dois noter ici un phénomène bien remar-» quable, ajoute M. Cruveilhier ; c'est la colora-» tion noire des vaisseaux qui avoisinent l'altéra-» tion, couleur que je n'ai jamais rencontrée ni » dans les parties désorganisées, ni dans les liqui-» des contenus. »

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, avec planche IIe livraison.— Louis, *Du ramollissement avec amincissement et destruction de la membrane muqueuse de l'estomac.* in-8, 1826. — Carswell, *Mémoire sur la dissolution de l'estomac.* Journal hebdomadaire, tome 7, page 311-305. — Blasius, *Ramollissement gélatiniforme de l'estomac.* Journ. hebdomad., tom. 7, pag. 126.

M. Cruveilhier ne pense pas que cette altération soit l'effet d'une phlegmasie; il l'attribue bien à une irritation gastro-intestinale; mais cette irritation est, selon lui, d'une nature spéciale sur laquelle il ne s'explique pas davantage. Il n'est pas éloigné de croire toutefois qu'un liquide de nature inconnue produit par la maladie, ne concoure, du moins après la mort, à convertir ainsi les tissus en matière gélatiniforme, et il s'appuie sur ce que le ramollissement dans l'estomac s'observe presque toujours à son extrémité splénique, lieu où s'accumulent les liquides dans tous les cadavres étendus sur le dos, et sur cet autre fait, que le ramollissement se propage souvent d'un tissu au tissu contigu par une sorte d'imbibition, de l'estomac par exemple, au diaphragme, de l'œsophage au médiastin et jusqu'au poumon, du gros intestin à la surface du rein, etc., etc. Mais il pense que ces derniers effets sont cadavériques. Telle est aussi l'opinion de M. Carswell.

Si l'on veut faire une maladie de cette altération morbide, il est difficile sans doute de se prononcer sur sa nature. Elle diffère assez au premier coup d'œil des phlegmasies ordinaires des voies digestives pour faire douter qu'elle ait avec elles la moindre analogie. Mais lorsque l'on considère que ces différences portent principalement et presque uniquement sur les lésions anatomiques, et qu'au contraire les causes de la maladie, ses symptômes principaux et les moyens de traitement qui lui conviennent, sont à peu près les mêmes que dans les gastro-entérites ordinaires, on revient malgré soi à l'opinion qui la fait consister dans une phlegmasie. Le ramollissement gélatiniforme des tissus n'est plus alors que le dernier terme de cette phlegmasie, qu'un état de désorganisation qui lui a succédé, qu'une transformation d'une altération pathologique antérieure. Un fait vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que souvent la maladie débute par un appareil fébrile assez considérable, puis tout à coup la désorganisation gélatiniforme s'opère, et aussitôt le pouls perd toute fréquence, et la peau, non seulement cesse d'être brûlante, mais encore se refroidit. Ce qui veut dire, ce nous semble, que la maladie commence comme toutes les gastro-entérites, mais que, par une particularité inconnue, elle entraîne plus promptement la désorganisation des tissus que dans les circonstances ordinaires. L'âge tendre des enfans chez lesquels on l'observe le plus communément favorise probablement cette désorganisation.

Les adultes ne sont pas cependant à l'abri de cette maladie. M. Louis en a recueilli plusieurs exemples. Tous les faits qu'il rapporte étayent l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature de la maladie. Aussi M. Louis, dont le défaut n'est pas certes d'agrandir le domaine de l'inflammation, essaie-t-il de prouver par les symptômes de la maladie, par l'examen des lésions anatomiques que l'on rencontre dans les cadavres, et par la comparaison de ce ramollissement avec celui qui succède à une inflammation de la peau, que le ramollissement de la membrane muqueuse gastrique est le résultat de l'inflammation de cette membrane, d'une véritable gastrite, et ce qu'il dit de l'estomac s'applique entièrement aux intestins. En effet, cette désorganisation n'a pas de causes spéciales, toutes celles de la gastro-entérite sont les siennes puisqu'elle n'est, à vrai dire, qu'un mode de terminaison de cette phlegmasie; ses symptômes n'offrent rien de particulier : comme dans la gastro-entérite ordinaire ils consistent dans la perte plus ou moins complète de l'appétit, une soif plus ou moins vive, des douleurs épigastriques, des nausées et des vomissemens, de la diarrhée, l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur de la peau. Enfin, les caractères anatomiques seuls la distinguent de la phlegmasie gastro-intestinale ordinaire; mais qu'y a-t-il d'étonnant à cela puisqu'elle est, comme la gangrène, par exemple, un mode particulier de terminaison de cette phlegmasie? Nous allons voir d'ailleurs dans la description que, d'après M. Louis, nous allons donner de ces lésions, qu'elle conserve fréquemment des signes qui en décèlent l'origine.

L'estomac, car c'est dans cet organe surtout que M. Louis a observé le ramollissement gélatiniforme, l'estomac, disons nous, est tantôt rétréci et tantôt plus volumineux que dans l'état normal. A l'extérieur il n'offre rien de remarquable; à l'intérieur il présente, dans une partie de sa surface, une couleur d'un blanc pâle, plus ordinairement bleuâtre, continue ou disposée par plaques plus ou moins rapprochées, irrégulièrement arrondies. C'est dans ces points que la membrane muqueuse est ramollie, amincie ou détruite; lorsqu'elle n'est que ramollie elle est quelquefois grise ou rosée; mais le plus ordinairement elle est transformée en une espèce de mucus glaireux, pâle et demi-transparent. Les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu sous-muqueux sont très-apparens, larges et vides. Les autres membranes de l'estomac sont entièrement saines, mais quelquefois elles participent à la désorganisation et dans quelques cas même le péritoine seul reste intact. Autour des portions ramollies, amincies ou détruites, la membrane muqueuse est quelquefois rosée ou d'un rouge assez vif, souvent grisâtre; épaissie et mamelonnée; dans quelques cas on y rencontre des ulcérations plus ou moins profondes.

M. Cruveilhier appelle *pultacé* le ramollissement que nous venons de décrire, et pense qu'il n'est pas de même nature que le ramollissement gélatiniforme. Suivant lui, cette altération est un effet purement cadavérique. Cette opinion est peut-être vraie. Il est bien certain du moins que ces deux espèces de ramollissement ne sont que les derniers termes de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale et ne méritent guère le nom de maladie.

La thérapeutique du ramollissement gélatiniforme se ressent de l'incertitude qui règne encore sur sa véritable nature. Si, comme nous le croyons, ce n'est qu'une désorganisation, suite et fin d'un état inflammatoire, l'art est impuissant contre elle, et le seul but que le médecin doive se proposer, c'est d'en prévenir le développement en traitant énergiquement les gastro-entérites auxquelles elle succède. M. Cruveilhier qui, comme nous l'avons déjà dit, considère cette altération pathologique comme le résultat d'un état morbide spécial, du

moins chez les enfans, a essayé de lui assigner un traitement particulier. Suivant lui, la faim et la soif, la diète lactée, les bains, et l'opium sagement administré, en sont les moyens curatifs; il repousse les saignées locales de son traitement. Nous ne partageons pas l'opinion de notre savant confrère sur l'utilité de l'abstinence des liquides dans cette maladie. Nous avons peine à croire qu'il puisse être de quelque avantage de priver impitoyablement de boissons de petits malheureux qu'une soif ardente dévore; nous nous persuaderions difficilement que l'eau pure, par exemple, prise en petite quantité à la fois, pût augmenter la phlegmasie. Les saignées locales ne nous paraissent pas non plus jugées en dernier ressort, par la condamnation portée contre elles par M. Cruveilhier. Nous concevons bien qu'elles doivent être d'une utilité fort équivoque, lorsque la désorganisation est opérée, mais comme moyen de la prévenir, nous les croyons efficaces.

### Gastro-entérite gélatiniforme chronique.

Si le ramollissement gélatiniforme n'est qu'un mode spécial de terminaison des phlegmasies gastro-intestinales, nous n'avons pas à le décrire à l'état chronique. On ne l'a en effet jamais observé, que nous sachions, sous cette forme.

### Gastro-entérite membraneuse aiguë.

Cette phlegmasie nous paraît être à la gastro-entérite folliculeuse, ce que la précédente serait à la gastro-entérite villeuse, si on la considérait comme un état morbide spécial. Elle est très-rare à l'état aigu. On n'en connaît ni les causes particulières, ni les symptômes caractéristiques, ni le traitement. On sait seulement que dans quelques gastro-entérites, les malades rejettent par le vomissement ou par les selles des débris plus ou moins considérables de fausses membranes. A l'ouverture des cadavres, on a quelquefois rencontré toute la membrane muqueuse gastro-intestinale, depuis le cardia jusqu'à l'anus, recouverte par une exsudation membraniforme blanche et solide (Broussais, Rullier); mais plus communément la fausse membrane n'occupe qu'une portion des voies digestives, telle que l'estomac, la portion pylorique de cet organe, la fin de l'intestin grêle, le cœcum ou le colon. MM. Andral, Bretonneau, Broussais, Cruveilhier, Gendrin, Guersent, Guibert et Louis rapportent tous des exemples de ces exsudations membraniformes partielles. Ces fausses membranes plus ou moins adhérentes à la muqueuse digestive sont molles, minces, blanches, jaunes ou jaunâtres; elle se montrent tantôt sous la forme d'une couche mince qui tapisse la surface interne de l'estomac et des intestins, et en revêt toute la cavité, ou bien sous l'aspect de plaques ou de bandelettes plus ou moins nombreuses, frangées et irrégulières; au dessous d'elles on trouve la membrane muqueuse rouge, ulcérée, ecchymosée ou boursouflée. Mais, à ces détails anatomiques, au récit de l'expulsion de fausses membranes par les selles, et à des conjectures sur leur formation, se réduit tout ce que l'on sait sur la gastro-entérite membraneuse aiguë. Cette maladie semble former, avec l'angine couenneuse et le croup, un genre d'inflammation particulière que M. Bretonneau propose de désigner par le nom de *diphtérite*. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'on trouve des fausses membranes sur toutes les surfaces muqueuses: dans le conduit auditif externe, les narines, le larynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins, la vessie et le vagin, et souvent dans plusieurs de ces parties à la fois, ce qui indique évidemment qu'il existe un rapport intime entre toutes ces affections. Il est même plus rare d'observer la gastro-entérite membraneuse isolée qu'accompagnant l'angine couenneuse ou le croup; l'auteur de cet article ne l'a vue que deux fois, et deux fois dans cette circonstance.

### Gastro-entérite membraneuse chronique.

La gastro-entérite pseudo-membraneuse est beaucoup plus commune et par conséquent mieux connue sous la forme chronique que sous la forme aiguë. On rencontre dans la pratique un assez grand nombre de personnes (et, chose remarquable, ce sont presque toujours des femmes) qui rendent à chaque selle des débris plus ou moins considérables de fausses membranes, tantôt blanches et molles, tantôt jaunâtres et élastiques, disposées en bandelettes et en filamens, toujours frangées et irrégulières, et qu'elles comparent à des râclures de boyaux. Quelques unes en sont à peine incommodées; de temps en temps elles éprouvent quelques coliques, et rendent à la suite une quantité plus forte de ces membranes que d'ordinaire; elles mangent et digèrent bien tant qu'elles ne sortent pas de leurs habitudes, mais au plus léger écart, les coliques se réveillent et les *glaires* augmentent. D'autres éprouvent les symptômes de la gastro-entérite chronique: elles ressentent habituellement quelques coliques sourdes, un sentiment de chaleur et souvent comme de *brûlure* dans un point ordinairement circonscrit de l'abdomen; elles vont à la selle plusieurs fois par jour, et rendent chaque fois des lambeaux informes de fausses membranes. L'excrétion de ces pseudo-membranes est très-souvent accompagnée d'une sensation de brûlure vers la fin du rectum, tellement vive que les malades redoutent extrêmement le moment de se présenter à la garde-robe. Ces malades ont, en général peu d'appétit; ils digèrent mal, leur langue est presque toujours sale, recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, mais sans rougeur prononcée au pourtour ni à la pointe; la peau conserve chez presque tous sa chaleur naturelle, le pouls est rarement accéléré, il n'y a pas de soif marquée. De temps en temps seulement, dans les saisons humides, à l'occasion d'un écart de régime, et plus communément peut-être sous l'influence des affections morales tristes, la peau s'échauffe et le pouls s'accélère en même temps que les accidens locaux de la maladie prennent plus d'intensité. En deux ou trois jours ordinairement les symptômes reprennent leur peu d'intensité habituelle; quelquefois cependant ces exaspérations se prolongent beaucoup au-delà de ce terme.

Nous ne croyons pas que la gastro-entérite pseu-

do-membraneuse chronique soit produite par des causes spéciales ; elle se développe sous l'influence des causes ordinaires de la gastro-entérite villeuse ou plutôt de la gastro-entérite folliculeuse, et c'est dans l'idiosyncrasie des individus qu'elle affecte qu'il faut voir la raison de sa forme particulière. On ne concevrait pas, en effet, que cette maladie se prolongeât pendant dix, vingt et trente ans (nous avons dans ce moment sous les yeux une dame qui en est tourmentée depuis une douzaine d'années), si elle était l'effet des causes ordinaires des maladies, dont l'action est presque toujours passagère. Il est donc bien probable qu'elle est liée à l'idiosyncrasie des individus, c'est-à-dire à un état inconnu de leur organisation, ce qui ne nous apprend pas grand chose, et qu'elle en dépend.

Les moyens de traitement de la gastro-entérite membraneuse chronique diffèrent peu de ceux que nous avons conseillés contre les formes précédentes de la gastro-entérite. M. Burdin jeune, praticien distingué de la capitale, qui a vu un grand nombre de ces maladies et qui a essayé différentes méthodes de traitement, a bien voulu nous communiquer les résultats de son expérience. Il regarde la gastro-entérite pseudo-membraneuse chronique comme étant d'une guérison très-difficile ; il s'est convaincu qu'elle était presque toujours exaspérée par les irritans, et qu'au contraire, le régime adoucissant, les saignées locales, les cataplasmes, les bains et les lavemens émolliens, diminuaient toujours les accidens et quelquefois même guérissaient complètement la maladie ; il a remarqué cependant qu'il fallait faire un choix parmi ces moyens ; que les boissons mucilagineuses et délayantes, par exemple, étaient en général mal supportées par les malades et presque toujours plus nuisibles qu'utiles, et qu'on devait leur préférer les légères infusions amères, aromatiques ou anti-spasmodiques. Notre expérience est tout-à-fait d'accord avec celle de notre honorable confrère ; nous ajouterons seulement que nous avons vu le lait et les fécules ne pouvoir être digérés par la plupart des malades ; que d'un autre côté, la malade soumise en ce moment à notre observation et dont nous avons déjà parlé, ne peut supporter le plus léger stimulant, même de la nature de ceux que nous venons d'indiquer. Enfin, nous avons vu une malade guérir par un traitement antiphlogistique sévère, tandis que nous en connaissons qui après l'avoir quitté se sont guéries elles-mêmes par des drastiques. Les frictions sèches, les vêtemens de flanelle sur la peau, l'exercice et la distraction, nous ont toujours paru seconder d'une manière puissante les bons effets des antiphlogistiques dans cette maladie. Nous avons essayé depuis quelque temps l'usage intérieur du chlorure d'oxide de sodium ; il y a trop peu de temps que ces essais sont commencés pour pouvoir apprécier les effets de ce médicament.

### Gastro-entérite intermittente.

De même que la gastro-entérite aiguë continue est la plus fréquente de toutes les irritations de ce type, de même la gastro-entérite intermittente est la plus commune des irritations intermittentes. La plupart des maladies appelées *fièvres intermittentes ordinaires*, *bénignes*, *sporadiques*, se rapportent à cette phlegmasie intermittente de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

*Causes.* Elle est produite par les mêmes causes qui développent la gastro-entérite continue, mais agissant d'une manière intermittente, ainsi que nous avons essayé de le démontrer dans nos généralités sur l'irritation. Mais parmi ces causes, il en est quelques unes qui la produisent plus spécialement, telles sont : les miasmes marécageux, les alternatives de froid et de chaleur, de sécheresse et d'humidité, et les stimulations gastriques résultant de l'alimentation ou de l'ingestion habituelle et périodique de certains alimens. Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant deux printemps et deux automnes consécutifs, un fait qui démontre combien est grande l'influence des variations atmosphériques sur la production de cette maladie. Dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, où l'on recevait les gendarmes et les pompiers de Paris, on voyait parmi ces militaires de nombreux exemples de ces irritations intermittentes dans les saisons précitées, tandis qu'à la même époque, on en observait à peine quelques uns parmi les malades trois fois plus nombreux de la même salle. C'était presque toujours à des patrouilles pendant la nuit que ces militaires attribuaient leur maladie.

*Symptômes.* Les symptômes de la gastro-entérite intermittente sont aussi les mêmes que ceux de la gastro-entérite continue ; comparez en effet les phénomènes morbides d'une gastro-entérite villeuse ou folliculeuse de moyenne intensité avec ceux d'une *fièvre intermittente simple*, et vous verrez qu'il n'existe entre eux d'autre différence que celle du frisson qui précède et de la sueur qui suit les accès intermittens. Que sont les *fièvres intermittentes bilieuses*, *cholériques* et *muqueuses* des auteurs, sinon des phlegmasies gastro-intestinales intermittentes ? Nous ne décrirons donc pas de nouveau ces symptômes.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La gastro-entérite intermittente affecte tous les types ; on l'observe quotidienne, tierce, quarte, etc. Les accès sont plus ou moins longs, plus ou moins violens, l'apyrexie plus ou moins complète, sans qu'il soit possible d'établir aucune règle à cet égard. Quand cette affection est sporadique, et surtout quand elle n'est pas produite par les miasmes marécageux, elle se dissipe fréquemment d'elle-même, après cinq, six ou sept accès ; les accès vont alors en s'éloignant et en diminuant graduellement d'intensité. Quelquefois elle se prolonge beaucoup au-delà de ce terme ; sous le type quarte, par exemple, on l'a vue durer des mois, et même des années entières, sans que rien pût la faire disparaître. Elle se termine rarement par la mort, et quand cela arrive, ce n'est ordinairement qu'après qu'elle a passé au type continu. Nous allons voir cependant en étudiant le mécanisme de quelques unes des lésions cadavériques qu'elle entraîne parfois à sa suite, qu'elle peut encore devenir mortelle dans quelques autres circonstances.

*Caractères anatomiques.* La science ne possède que peu de faits d'anatomie pathologique sur la

gastro-entérite intermittente, comme en général sur toutes les phlegmasies de ce type. Cependant, tous les auteurs qui se sont livrés à ce genre de recherches s'accordent à dire qu'ils ont presque toujours rencontré dans les cadavres des individus qui ont succombé aux *fièvres intermittentes ordinaires*, des traces de phlegmasie dans les voies digestives. Mais ce qui a surtout frappé l'attention des investigateurs, c'est l'engorgement des ganglions mésentériques, du pancréas, du foie, et surtout celui de la rate, qu'ils ont très-fréquemment observés à la suite de ces fièvres. Aussi en ont-ils tour à tour placé le siége dans chacun de ces organes. Mais il n'est pas possible d'admettre que la phlegmasie, quelque vive qu'on la suppose, d'organes aussi peu influens, aussi peu irritables, à fonctions si obscures, et tellement à l'abri des stimulations directes de toute espèce, que le sont les ganglions du mésentère, le pancréas et la rate, puisse devenir le mobile des phénomènes aussi intenses que ceux d'une *fièvre intermittente* un peu grave. La seule phlegmasie intermittente du foie pourrait produire des symptômes assez violens pour expliquer cette issue funeste : mais on connaît les symptômes de l'hépatite aiguë; on les a décrits, lorsqu'ils se sont offerts intermittens, sous le nom de *fièvre pernicieuse hépatique*, et il est tout simple qu'à leur suite on ait trouvé des traces de phlegmasie du foie. Mais, sans qu'ils aient existé, et alors même que, pendant la vie, des symptômes de gastro-entérite intermittente seuls se sont manifestés, il est arrivé qu'on a observé l'engorgement sanguin du foie le plus ordinairement accompagné de celui de la rate : or, cet engorgement n'est nullement la source des phénomènes qui ont existé pendant la vie, comme l'ont cru quelques auteurs. Quelquefois, peut-être, il est sympathique de l'irritation des voies digestives; mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est évidemment un effet mécanique du refoulement du sang de l'extérieur à l'intérieur, du système capillaire sanguin de la périphérie dans le système capillaire sanguin du centre, produit par le frisson (1). Examinez en effet ce qui se passe dans ce phénomène : la peau se crispe et pâlit, le sang fuit le système capillaire extérieur, il afflue vers le centre comme par une espèce de refoulement. Où va-t-il se rendre ? Que l'on y réfléchisse, et l'on verra que ce ne peut être que dans les gros faisceaux de capillaires sanguins susceptibles de céder et de se distendre à son abord. Quels sont ces faisceaux ? Tout le monde répond : la rate, le foie et les poumons. Ces organes s'engorgent donc, et si la mort survient pendant la période de frisson, on trouve alors ces engorgemens dont tous les auteurs ont parlé, et de plus la phlegmasie gastro-entérite, si les symptômes que nous avons dit lui être propres, ont existé pendant la vie. L'engorgement du foie et de la rate surtout, se remarque davantage que celui du poumon après les gastro-entérites intermittentes, parce que le siége de la phlegmasie contribue déjà à déterminer la congestion du sang dans l'abdomen, et qu'en outre ces deux organes sont sympathiquement excités par elle. Il est si vrai que cette dernière cause contribue à produire ces engorgemens spléniques et hépatiques, que chez les personnes à poumons irritables l'afflux du sang se fait vers la poitrine : nous l'avons malheureusement éprouvé plus d'une fois sur nous-mêmes; mais il ne fait qu'y contribuer et n'en est pas la principale cause, ainsi que le prétendent quelques auteurs, autrement on devrait les observer fréquemment dans les gastro-entérites continues, et ils y sont au contraire très-rares. Le mécanisme de ces engorgemens est le même que pour ceux qui sont produits dans la rate, le foie et les poumons par une course forcée, et celui de la glande thyroïde pendant les efforts de l'enfantement; les causes seules diffèrent.

Quelquefois l'engorgement sanguin de la rate ou du foie se dissipe dans l'intervalle des accès; mais souvent aussi il persiste en totalité ou en partie, et cela a lieu particulièrement dans la rate, dont la texture lâche et molle réagit à peine sur le sang qui l'obstrue. Alors chaque frisson vient encore augmenter l'*obstruction*, et si les accès sont nombreux, il reste dans l'organe un noyau d'engorgement qui peut à la longue entraîner sa désorganisation. Ces *obstructions* peuvent exister pendant des années entières dans la rate, sans gêner autrement que par leur masse et leur poids, et ce fait dépose fortement contre l'origine inflammatoire qu'on veut leur attribuer, et milite en faveur de celle que nous leur supposons. Mais enfin elles finissent par irriter les parties environnantes, par s'enflammer elles-mêmes, et conduire le malade au tombeau par le marasme. Il arrive quelquefois aussi que la rate désorganisée et ramollie, ne pouvant plus opposer une résistance suffisante à l'abord du sang dans un nouveau frisson de gastro-entérite ou de toute autre phlegmasie intermittente, se rompt et donne lieu à un épanchement abdominal promptement mortel. Dans le foie, organe plus irritable et plus important que la rate dans la chaîne des fonctions, l'*obstruction* devient plus promptement une cause de phlegmasie chronique, et entraîne plus rapidement la mort; et comme les symptômes conservent, sinon le type intermittent, du moins des exacerbations à certaines heures du jour, ainsi qu'il arrive dans toutes les phlegmasies chroniques, on ne manque pas d'attribuer la *fièvre intermittente* qui a ouvert la scène à la phlegmasie du foie dont on découvre les traces. Sans doute il en est ainsi quelquefois, puisque la phlegmasie aiguë du foie peut être intermittente; mais dans le plus grand nombre des cas, les choses se passent ainsi que nous l'avons exposé : l'analyse des symptômes des premiers accès en fournit la preuve.

Quant à la tuméfaction des ganglions mésentériques et du pancréas, elle est trop évidemment l'effet sympathique de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastro-intestinale, pour que nous ne nous croyons pas dispensés d'insister longuement sur ce point. Est-il besoin d'ajouter que ces *obstructions*, dont la nature et la cause diffèrent beaucoup de celles des précédentes, peuvent aussi entraîner la mort par leur seule inflammation et celles des parties environnantes, la phlegmasie gastro-intestinale intermittente ayant totalement

(1) Voyez *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. 1, pag. 108, 2e édition.

disparu? (Voyez ce que nous en avons dit en traitant de l'*entérite*.)

Enfin, un épanchement de sérosité est fréquemment la suite des diverses obstructions dont il vient d'être question; et c'est ce qui fait dire aux auteurs que les *fièvres intermittentes* produisaient souvent l'*ascite*. Nous essaierons d'expliquer plus tard le mode de formation de ces épanchemens.

On voit combien sont nombreuses et variées les lésions cadavériques qui se rattachent aux gastro-entérites intermittentes; car les engorgemens dont nous avons parlé sont susceptibles de présenter toutes les dégénérescences propres aux phlegmasies chroniques de chacun des organes auxquels ils appartiennent. Il faut donc être bien pénétré du vrai mode d'enchaînement de tous ces désordres, si l'on veut se livrer avec fruit à des recherches anatomico-pathologiques sur l'affection qui nous occupe.

*Traitement.* Avant la découverte du quinquina, on traitait les irritations intermittentes comme les irritations continues; les saignées faisaient partie du traitement de la plupart d'entre elles: mais lorsque cette précieuse écorce fut connue en Europe, ses propriétés la firent bientôt préférer à tous les autres moyens, et elle finit, dans ces derniers temps, par être presque exclusivement employée. Sans doute ce médicament possède de grandes vertus, mais il est soumis, dans son emploi, à certaines conditions qu'il n'est pas permis de méconnaître sans danger, et que nous devons par conséquent essayer de préciser avec exactitude.

En infusion, décoction, extrait, teinture, poudre, on a employé l'écorce du Pérou sous toutes les formes. La poudre était presque seule employée, il y a quelques années, dans les irritations intermittentes: elle possédait en effet de grands avantages sur toutes les autres préparations. On l'administrait à la dose de deux gros jusqu'à deux onces dans l'intervalle des accès, par prises d'un, deux, trois et même quatre gros, en commençant par les plus fortes et terminant par les plus faibles. Aujourd'hui, on se sert de préférence du sulfate de quinine; et des milliers d'expériences ont prouvé sa supériorité sur toutes les autres préparations du quinquina. La dose moyenne est de douze grains, en quatre prises, de trois grains chacune, mais il agit souvent à des doses moindres, comme trois, quatre, six ou neuf grains; quelquefois, au contraire, on est obligé de les porter jusqu'à vingt-quatre grains et au delà. Dans ces derniers temps, M. Bally en a porté les doses jusqu'à quarante grains et plus, sans que l'estomac lui ait paru ressentir une fâcheuse influence de cette médication; au contraire, il a cru remarquer qu'administré à hautes doses, le sulfate de quinine était sédatif, ralentissait les contractions du cœur, et dissipait même l'inflammation de l'estomac qui persiste quelquefois assez vive dans l'intervalle des accès. Ces résultats curieux demandent à être confirmés par de nouvelles expériences. En attendant, nous devons dire que M. Magendie s'est assuré, par des expériences aussi, que la plupart des fièvres intermittentes sporadiques pouvaient être facilement dissipées par de faibles doses de ce médicament, et que trois grains suffisaient en général à cet effet.

Dans les gastro-entérites intermittentes légères, on peut ordinairement administrer le sulfate de quinine dès les premiers accès, et sans en faire précéder l'emploi par les saignées générales ou locales; mais lorsqu'elles sont très-intenses, que les accès sont longs et l'apyrexie de courte durée, il est toujours avantageux de débuter par une saignée du bras ou une application de sangsues à l'épigastre, pratiquées pendant la période de chaleur. Cette précaution est indispensable quand l'apyrexie n'est pas parfaite; elle assure toujours le succès du sulfate, qui sans cela devient incertain. Il est à peu près superflu d'administrer ce médicament à doses décroissantes à mesure que l'on se rapproche de l'accès, mais il importe que la dernière prise soit donnée une heure avant les premiers frissons. On doit s'en abstenir lorsque l'estomac est trop irritable, et ne pas insister sur son emploi comme on le faisait pour le quinquina en poudre, lorsqu'il est rejeté par le vomissement, ou seulement lorsqu'il excite beaucoup de soif et de chaleur, ou des coliques, ou de l'anxiété; dans ces cas, il faut l'administrer par la voie du gros intestin, et en même temps avoir recours à la méthode antiphlogistique des gastro-entérites continues, employée principalement pendant les accès. La diète, ou au moins un régime très-ténu, les boissons délayantes, acidules, gommeuses, etc., concourent efficacement avec les moyens précédens, à la prompte guérison.

On guérit la plupart des gastro-entérites intermittentes par le sulfate de quinine, mais quelques unes résistent à ce médicament, et cèdent seulement à la méthode antiphlogistique. Plusieurs autres moyens comptent aussi des succès; nous allons les faire connaître.

Les vomitifs, et en particulier l'ipécacuanha, donnés dans l'apyrexie, et dans les circonstances que nous avons signalées en parlant du traitement de la gastro-entérite continue, préviennent très-souvent le retour des accès. Les purgatifs produisent cet effet, mais quelquefois aussi ils rappellent les accès lorsque déjà ils étaient depuis long-temps disparus, ce qui doit rendre très-circonspect dans leur emploi. On obtient quelquefois les mêmes résultats par les sinapismes très-chauds, appliqués entre les deux épaules, ou sur les genoux, ou sur toute autre partie du corps, par l'immersion dans l'eau froide, un bain très-chaud, par l'application de linges chauds sur tout le corps, par l'ingestion de quelques gouttes d'ammoniaque étendues d'eau, si l'on a le soin d'employer ces moyens au moment où le frisson commence, et par la ligature des membres quelques instans avant qu'il ne se déclare, lorsque les pandiculations se manifestent. Enfin, plusieurs gastro-entérites intermittentes, sporadiques, cèdent au laudanum liquide, à la dose de quarante ou cinquante gouttes dans cinq à six onces de véhicule, donnés par cuillerées d'heure en heure pendant l'apyrexie.

Les sulfates de fer, de zinc, de cuivre, d'alumine et de potasse, ont été employés contre les gastro-entérites intermittentes avec des succès divers: le premier de ces agens paraît être celui qui en compte le plus. Ces moyens n'ont d'autre inconvénient que d'être incertains; mais il en est

un des plus dangereux, très-usité en Angleterre, et qu'on n'a pas craint de prôner en France : c'est l'arsenic, et spécialement l'arséniate de soude ou de potasse ; nous regardons comme un devoir de le proscrire avec force, malgré quelques succès qui semblent en justifier l'emploi.

Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les médicamens qui ont été employés dans cette affection. On a surtout cherché dans le règne végétal des substances qui pussent remplacer le quinquina ; tous les efforts ont été infructueux. La racine de valériane en poudre, à la dose d'un à trois gros entre les accès, a produit cependant des guérisons assez nombreuses entre les mains de MM. Fournier et Vaidy. Il en est de même de la poudre de houx, autrefois signalée par Durande comme aussi efficace que le quinquina, et récemment employée de nouveau avec succès par M. Rousseau, à la dose de deux à trois gros, macérés à froid pendant douze heures dans un verre de vin blanc, et administrés en une seule prise une heure avant l'accès. Enfin M. Pallas a obtenu des effets assez remarquables de l'extrait d'olivier, à la dose d'un à quatre et cinq gros. Mais jusqu'à ce que des expériences nouvelles aient mis hors de doute l'efficacité de ces nouveaux médicamens, le quinquina et les antiphlogistiques, sens ou réunis, doivent être préférés dans tous les cas, leurs bons effets étant presque constans. Dans les gastro-entérites intermittentes des marécages, on doit sans hésiter recourir de suite au quinquina, excepté dans les cas particuliers que nous avons fait connaître, savoir, l'irritabilité trop grande des voies gastriques et l'apyrexie imcomplète. Souvent une *fièvre intermittente* résiste au sulfate de quinine, et cède au quinquina en poudre et réciproquement ; il ne faut donc pas se décourager quand la maladie se montre rebelle à l'une de ces préparations, mais en essayer une autre. On accroît en général beaucoup la propriété antipériodique de diverses préparations de l'écorce péruvienne en les associant à l'opium.

Le traitement des gastro-entérites rémittentes repose sur les mêmes bases ; seulement la méthode antiphlogistique est toujours avantageuse au début, pour rendre l'intermission plus complète et permettre l'administration du fébrifuge. Quelques unes demandent à être traitées comme des affections continues ; ce sont celles dans lesquelles les symptômes d'irritation sont encore très-prononcés pendant la rémittence ; on les considère alors comme des phlegmasies continues avec des exacerbations.

### *De l'inflammation de la membrane muqueuse génito-urinaire.*

Cette membrane revêt, chez l'homme, l'intérieur du prépuce et la surface du gland (1), le canal de l'urèthre, les parois internes de la vessie et les uretères ; et chez la femme, le clitoris et les parties environnantes, l'urèthre, la vessie et les uretères, le vagin, la matrice et les trompes utérines. Les diverses portions de cette membrane sont susceptibles de s'enflammer isolément. De là des maladies différentes, connues sous les noms de *balanite*, *uréthrite*, *cystite*, *vaginite* et *métrite*. Les unes sont communes aux deux sexes, les autres particulières à l'un ou à l'autre. On ne connaît ni l'inflammation des uretères, ni celle des trompes utérines.

(1) Le repli cutané du prépuce; tient le milieu pour l'organisation entre la peau et les membranes muqueuses. Il se rapproche cependant beaucoup plus de l'organisation de celle-ci que de celle-là. La surface du gland au contraire, participe davantage des caractères de la peau. Toutefois l'inflammation de ces parties nous semble mieux à sa place parmi celles des membranes muqueuses que parmi celles de la peau.

### De la balanite.

On désigne par ce nom l'inflammation de la surface interne du prépuce et extérieure du gland. Elle est plus généralement connue sous les noms de *blennorrhagie du gland*, *fausse blennorrhagie* et *gonorrhée bâtarde*.

La trop grande longueur du prépuce prédispose à la contracter ; la malpropreté et le coït impur en sont les causes ordinaires. On la reconnaît à un écoulement puriforme qui s'échappe des surfaces interne et extérieure du gland, au gonflement et à la rougeur de celui-ci, dont l'épiderme est souvent détachée dans une certaine étendue, enfin à une légère cuisson et quelquefois même à une simple démangeaison de ces parties. Cette phlegmasie n'est jamais longue ni grave. Elle se communique par le contact, lorsqu'elle est produite par le virus syphilitique. De simples lotions ou des bains locaux d'eau tiède ou de décoctions de plantes émollientes la font disparaître en peu de jours, lorsqu'elle résulte de la malpropreté. Ces moyens conviennent encore quand cette phlegmasie a le virus syphilitique pour cause ; mais ils ne suffisent plus, d'après l'avis de quelques médecins, et on doit leur associer les agens propres à détruire le virus. Comme le traitement de cette phlegmasie est alors semblable à celui de l'uréthrite, nous en renvoyons les détails à l'histoire de celle-ci.

### De l'uréthrite (1).

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane interne du canal de l'urèthre, qui est aussi désignée par les noms de *gonorrhée*, *blennorrhagie*, *écoulement chronique* de l'urèthre, et *blennorrhée* lorsqu'elle est chronique, et vulgairement *chaudepisse*. Elle est aiguë ou chronique.

*Causes.* Cette phlegmasie peut être occasionnée par l'équitation prolongée, la rétention prolongée des urines, la présence d'un calcul dans la vessie, celle d'un corps étranger quelconque dans le canal de l'urèthre (2), celle des vers ascarides dans le rectum, les cantharides introduites dans l'économie, soit par voie d'absorption, soit par celle de l'estomac ; un excès de bière, surtout nouvelle ; le travail de la dentition chez les enfans ; l'inflammation des tumeurs hémorrhoïdaires ; le transport

(1) Consultez l'excellent article *Blennorrhagie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par MM. Cullerier et Ratier.

(2) *Journal universel des Sciences médicales*, décembre 1827. Uréthrite entretenue par la présence d'une arrête de poisson dans l'urèthre.

d'une irritation dartreuse, psorique, etc. Mais ses causes les plus ordinaires sont : la présence d'un corps étranger dans le canal de l'urèthre, d'une bougie, par exemple ; les injections irritantes ; et surtout le coït avec une femme affectée de maladie vénérienne ou de fleurs blanches très-âcres, et, dans quelques cas, avec une femme ayant seulement ses règles. Le coït, trop souvent répété dans un court espace de temps, et la masturbation, suffisent aussi quelquefois pour la produire. Enfin, on peut la faire naître en appliquant directement le *virus* syphilitique sur la membrane muqueuse du canal de l'urèthre.

*Symptômes, marche et durée.* L'uréthrite intense, celle qui est presque toujours produite par le virus syphilitique, se manifeste ordinairement par les symptômes suivans. Après quelques jours ou quelques heures d'un coït impur, un chatouillement, qui devient bientôt une cuisson, se fait sentir à l'extrémité de la verge ; le méat urinaire rougit, se gonfle, et un mucus limpide et peu abondant en découle et agglutine les lèvres de l'ouverture du gland ; le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, et l'émission de l'urine devient chaque fois plus douloureuse, au point d'être quelquefois intolérable ; peu à peu la quantité de l'écoulement uréthral augmente ; la matière en devient plus épaisse, blanche, jaune ou verdâtre ; le gland et le prépuce se gonflent, et pendant la nuit des érections fréquentes et excessivement douloureuses privent le malade de repos. Ces phénomènes s'accroissent jusqu'au douzième, quinzième ou vingtième jour, et quelquefois jusqu'au trentième, après quoi ils diminuent pour disparaître complètement du trentième au cinquantième jour.

Il existe un degré encore plus élevé de cette phlegmasie. La douleur, beaucoup plus vive, se fait sentir dans toute l'étendue du canal jusqu'à la vessie ; des stries sanguinolentes sillonnent la matière de l'écoulement ; la membrane muqueuse de l'urèthre est tellement gonflée, que le canal, presque oblitéré, ne permet plus la sortie des urines que par gouttes ou par un filet très-délié (*dysurie* ou *ischurie*, suivant que l'émission de l'urine est difficile ou douloureuse) ; quelquefois l'émission de ce liquide est suivie ou précédée de l'issue d'une certaine quantité de sang pur et vermeil. Des érections presque continuelles sont accompagnées de douleurs atroces ; et comme l'urèthre enflammé ne peut pas s'allonger avec le corps caverneux, la verge se courbe du côté de ce canal, et c'est ce qui a fait donner à ce degré de l'uréthrite le nom vulgaire de *chaudepisse cordée.* L'engorgement des glandes inguinales accompagne fréquemment cette violente inflammation.

L'inflammation de l'urèthre se transmet quelquefois à des parties voisines, telles que les testicules, la glande prostate, les glandes de Cowper, et le tissu cellulaire qui entoure le bulbe. La plus fréquente de ces phlegmasies secondaires est celle des testicules. Elle commence par un léger gonflement et une douleur faible de l'épididyme, se propage au testicule, qui devient énorme, dur et très-douloureux, et finit par envahir quelquefois le tissu cellulaire et le scrotum. On attribue généralement cet accident à la diminution ou à la suppression intempestive de la sécrétion uréthrale, ou à une irritation exercée sur les testicules par des agens ou des actes extérieurs. Mais il suffit de rappeler que plusieurs praticiens traitent la plupart des uréthrites, dans toutes leurs phases, par des moyens qui suppriment promptement l'écoulement du mucus, sans produire la phlegmasie testiculaire, pour faire sentir combien la première supposition est peu fondée. Quant à la seconde cause, elle est réelle, mais elle est infiniment plus rare qu'on ne pense, et la plupart des hommes dont les testicules s'enflamment pendant le cours d'une uréthrite, ne savent à quoi rapporter cet accident ; plusieurs même le voient survenir malgré le repos le plus absolu, pendant un traitement adoucissant, et sans avoir éprouvé la plus légère excitation dans ces organes. Où faut-il donc chercher cette cause ? dans cette loi générale, par laquelle tous les corps glanduleux s'enflamment principalement sous l'influence des phlegmasies des membranes muqueuses à la surface desquelles viennent s'ouvrir leurs conduits excréteurs. Nul doute en effet que, dans la très-grande majorité des cas, la phlegmasie testiculaire ne soit l'effet sympathique de l'inflammation uréthrale ; et, de même que les autres glandes, le testicule ne s'enflamme sans doute ainsi que lorsque les orifices de ses conduits excréteurs sont atteints par la phlegmasie de la membrane. Ce qui tend à le faire croire, c'est que cet accident n'arrive jamais dans les cas d'uréthrite bornée au gland et à la fosse naviculaire. Il est vrai qu'on en pourrait aussi bien conclure que l'irritation pénètre dans les conduits déférens et se transmet au testicule par voie de continuité, surtout si l'on remarque qu'un seul de ces organes est ordinairement atteint, qu'ils le sont souvent alternativement et plusieurs fois de suite dans la même maladie et chez le même sujet, et enfin que leur phlegmasie n'accompagne pas ordinairement les uréthrites les plus violentes. Au reste, nous pensons que l'inflammation testiculaire reconnaît tantôt l'une et tantôt l'autre cause, plus fréquemment la première que la seconde, et quelquefois, ainsi que nous l'avons dit plus haut, une irritation directe exercée sur les testicules.

Les phlegmasies de la prostate et des glandes de Cowper naissent sans doute de la même manière. Lorsque la première se manifeste, elle produit d'abord une sensation de pesanteur et de chaleur au périnée, près de la marge de l'anus, des ténesmes et des envies fréquentes d'uriner ; bientôt le col de la vessie devient très-douloureux, et les efforts pour aller à la selle en augmentent la douleur ; enfin la glande se gonfle, on sent distinctement la tumeur qu'elle forme en introduisant le doigt dans l'anus ; les urines ne sont rendues qu'avec difficulté, et l'augmentation de la chaleur générale et la fréquence du pouls se manifestent. Quelquefois cette phlegmasie se termine par suppuration, et alors la présence du pus, qui ne peut pas se faire jour au dehors, entretient un état d'irritation générale, bientôt suivie de l'amaigrissement et quelquefois de la mort du malade. L'obstacle à l'émission des urines est encore dans ce cas un des plus graves symptômes de l'affection ; l'issue en est quelquefois rendue complètement im-

possible (*strangurie*). Voyez *Prostatite*. Quant aux phlegmasies des glandes de Cowper et du tissu cellulaire qui entoure le bulbe, on les reconnaît aux tumeurs qu'elles développent le long du canal de l'urèthre.

Les symptômes de l'uréthrite, même par cause vénérienne, sont loin d'être toujours aussi intenses que nous les avons décrits. Souvent ils consistent dans une simple douleur en urinant, et une sécrétion plus ou moins abondante de mucus; c'est ce qui a lieu même le plus ordinairement lorsque cette phlegmasie n'est pas l'effet du virus syphilitique. Toutefois on a vainement cherché jusqu'à ce jour des signes propres à faire distinguer l'uréthrite vénérienne de celle qui ne l'est pas, celle qui peut se communiquer par contagion de celle qui ne se transmet pas de la sorte. Quelquefois cette phlegmasie ne se manifeste que par une douleur vive de l'urèthre sans aucun écoulement.

Enfin, lorsque l'uréthrite est passée à l'état chronique, ou bien a débuté sous cette forme, ce qui est fort rare, elle consiste ordinairement dans un écoulement peu abondant d'un mucus légèrement visqueux, blanc, jaune, verdâtre, et même roussâtre s'il y a ulcération de la membrane, tachant le linge de l'une de ces couleurs, quelquefois sans douleur, d'autres fois accompagnée d'un peu de chatouillement ou de cuisson lors de l'émission des urines, ou d'un peu de sensibilité que le toucher seul réveille dans l'un des points du canal. Le moindre excès dans le régime, et surtout dans les plaisirs de l'amour, augmente la quantité de cet écoulement.

*Terminaisons et pronostic.* L'uréthrite aiguë se termine toujours par la résolution ou le passage à l'état chronique; c'est dire que le pronostic n'en est jamais bien grave. La marche de l'uréthrite chronique est lente, et sa durée indéterminée. Elle se termine par résolution, par l'induration d'un point de membrane muqueuse, son ulcération, ou la formation de brides et de carnosités à sa surface. Le rétrécissement de l'urèthre et les inconvéniens qui en résultent, les fistules urinaires et les désordres qu'elles entraînent, sont presque toujours des résultats de cette phlegmasie. Tant qu'elle n'a produit aucun de ces désordres, elle est peu grave. En général elle est très-opiniâtre.

*Traitement.* Le traitement rationnel de cette phlegmasie est antiphlogistique. Dans le plus grand nombre des cas, des boissons abondantes, délayantes, mucilagineuses et légèrement diurétiques, telles que les décoctions de graine de lin, d'orge, de chiendent, de pariétaire, de guimauve, de saponaire, de fraisier; le petit-lait, les émulsions, le sirop d'orgeat dans l'eau, l'eau de veau, de poulet, etc., avec addition de douze à vingt-quatre grains de nitrate de potasse par pinte; une alimentation légère, choisie parmi les substances végétales douces et les viandes blanches; l'abstinence de toute boisson stimulante, de tous les exercices qui exigent quelques efforts, du coït et de tout ce qui peut faire naître des idées libidineuses, enfin l'application sur les testicules d'un suspensoir bien fait, suffisent ordinairement pour en procurer la guérison dans l'espace de trente à quarante jours. Mais lorsqu'elle est très intense, il devient indispensable de faire garder le lit au malade, de le tenir à une diète plus ou moins sévère, de lui prescrire des bains entiers ou des bains de siége émolliens, des lavemens et des cataplasmes au périnée et autour de la verge, des sangsues sur toute l'étendue du canal jusqu'auprès de l'anus, et quelquefois même une ou plusieurs saignées générales. Quand les douleurs sont trop vives, on ajoute du laudanum ou du sirop diacode aux tisanes, et on rend les bains et les cataplasmes narcotiques, en y ajoutant de la décoction de têtes de pavots, ou en arrosant ceux-ci avec le laudanum de Rousseau. Les émulsions auxquelles on ajoute dix à douze grains de camphre par livre, et qu'on édulcore avec une once de sirop diacode, sont un des meilleurs calmans dont on puisse faire usage dans cette circonstance. Enfin, lorsque les symptômes inflammatoires sont dissipés, et qu'il ne reste plus que l'écoulement du mucus, il est toujours prudent, dit-on, et souvent indispensable, de faire subir au malade un léger traitement anti-syphilitique, si l'uréthrite est le résultat d'un coït impur. A cet effet, on ordonne quatre ou cinq grains de protochlorure de mercure tous les jours pendant quelque temps, ou quelques pilules d'onguent mercuriel, celles d'Hahnemann ou de Plenck, ou toutes autres, pendant douze à quinze jours, ou quelques frictions avec l'onguent mercuriel le long du canal, ou enfin quelques grains d'hydro-chlorate d'or ou de soude, fractionnés et employés en frictions sur la langue, suivant la méthode du docteur Chrestien. En même temps, on tente de faire cesser la sécrétion uréthrale par des injections légèrement astringentes avec le sulfate de zinc, d'alumine ou de cuivre, etc., et l'usage intérieur des pilules de térébenthine, ou du baume de Copahu, du ratanhia, ou du Colombo, etc. Il est inutile d'avoir recours à ces derniers moyens, si la sécrétion du mucus diminue d'elle-même et semble vouloir se tarir naturellement. Quand l'uréthrite n'est pas accompagnée d'écoulement de mucus, quelques bains, des délayans, le camphre, l'opium et un régime adoucissant, suffisent toujours pour en obtenir la guérison. Pendant tout le temps du traitement, le malade doit s'abstenir du coït, et éviter tout ce qui pourrait lui donner des idées lascives.

Les bains, les lavemens et les cataplasmes émolliens et narcotiques dont il vient d'être question, doivent être encore employés contre la phlegmasie secondaire du testicule; une ou deux applications de quinze ou vingt sangsues sur la tumeur sont même indispensables dans la première période de l'inflammation, si elle est intense. Mais aussitôt que la douleur a disparu et que la tumeur ramollie semble vouloir prendre un caractère chronique, on remplace ordinairement avec avantage les moyens précédens par les astringens et les résolutifs. On emploie donc les frictions mercurielles, les applications d'oxycrat froid, la vapeur du vinaigre, l'eau de Goulard; les cataplasmes avec la décoction d'écorce de grenade, et la farine de graine de lin ou celle de riz ou de seigle, avec la décoction de roses de Provins, les balaustes, etc., saupoudrés avec l'hydro-chlorate d'ammoniaque, et arrosés avec l'acétate de plomb liquide, ou enfin faits avec la terre cimolée pétrie avec le vinaigre. On admi-

nistre en même temps, tous les deux ou trois jours, dix-huit ou vingt grains de pilules de savon ou de Belloste, afin d'établir une révulsion sur le tube intestinal. M. Ribes prescrit le baume de Copahu depuis deux gros jusqu'à deux onces par jour, et le regarde comme le meilleur moyen de dissiper l'engorgement testiculaire. Cependant on voit plus d'engorgemens chroniques des testicules être le résultat de l'emploi trop hâtif et souvent inutile des moyens précédens, que de leur omission. D'où il est naturel de conclure que les antiphlogistiques sont encore préférables. Est-il besoin de dire que le repos absolu est de rigueur dans cette circonstance? Nous regardons comme inutile, sinon dangereux, le précepte de rappeler l'écoulement par l'introduction d'une sonde.

Les mêmes moyens antiphlogistiques et narcotiques locaux conviennent encore lorsque la prostate est enflammée. Mais il faut ici insister davantage sur les saignées locales, afin de s'opposer à la terminaison par suppuration, et ne donner au contraire les boissons qu'en très-petite quantité, pour éviter de rendre trop fréquens les besoins d'uriner. Si l'émission des urines est impossible, il faut introduire une sonde dans la vessie, et, si l'on ne peut y parvenir, pratiquer la ponction. Le traitement est encore le même dans les cas de tumeurs inflammatoires développées dans les glandes de Cowper, ou dans le tissu cellulaire du bulbe.

Crawfurd, chirurgien anglais, a beaucoup vanté le poivre cubèbe, et l'a recommandé comme un spécifique de l'uréthrite. On l'emploie à la dose d'un à trois gros par jour, en six prises dans une petite quantité d'eau édulcorée avec du sirop de gomme. Ce médicament a le double inconvénient d'être souvent infidèle, et d'irriter violemment les voies digestives. Il faut le mettre sur la même ligne que la coloquinte et la gomme gutte, dont les gens du peuple se servent souvent *pour couper la chaude-pisse.*

Quelques médecins traitent par les injections astringentes toutes les uréthrites, aussitôt que l'écoulement commence. Nous avons employé cette méthode un assez grand nombre de fois aux armées et toujours avec succès. Enfin MM. Ribes et Delpech ont, dès le début, recours au baume de Copahu à hautes doses, depuis deux gros jusqu'à deux onces par jour, et en retirent d'excellens effets. Il paraît cependant, d'après les expériences de M. Lallemand, que cette médication n'est pas exempte d'inconvéniens, et qu'elle exaspère les uréthrites intenses. On devra donc, si l'on veut l'employer, la réserver pour les uréthrites de moyenne intensité, ou mieux, en faire précéder l'emploi par celui de la méthode antiphlogistique. Enfin M. le docteur Richond a publié (1) plusieurs observations, desquelles il résulte que l'on guérit parfaitement l'uréthrite par des applications de sangsues sur le trajet du canal de l'urèthre pendant la période inflammatoire, et par la teinture d'iode à l'intérieur, depuis vingt jusqu'à quarante et cinquante gouttes, matin et soir, dans une eau gommeuse, lorsque cette période d'inflammation est passée.

(1) *De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience*, Paris, 1826; 3 vol. in-8.

Le traitement de l'uréthrite chronique consiste principalement dans les injections astringentes et les boissons de même nature. Les injections, qu'on peut varier à l'infini, se font ordinairement avec l'une des substances suivantes, avec la précaution de commencer à les employer peu actives et d'augmenter graduellement à mesure que la membrane de l'urèthre s'accoutume à leur action; ce sont: les dissolutions des sulfates de zinc, d'alumine ou de cuivre, de carbonate de chaux, d'acétate de plomb, de deuto-chlorure de mercure, de nitrate d'argent, de potasse caustique, d'extrait de ratanhia, etc., auxquelles on ajoute deux gros à demi-once de laudanum de Sydenham, ou huit à seize grains d'extrait gommeux d'opium par livre. L'eau de Cologne dans l'eau commune, le vin miellé, le gros vin coupé d'eau, l'eau de mer, l'eau à la glace, l'oxierat, la décoction d'angusture, etc., atteignent aussi le même but. On seconde l'effet de ces moyens en administrant à l'intérieur l'eau ferrée, ou les eaux minérales de Spa, de Passy ou de Vichy, le quinquina, le ratanhia, le colombo, la térébenthine, le cachou, le baume de Copahu, celui de la Mecque, du Canada, etc., et en faisant prendre des bains froids, d'eau de mer s'il est possible. Si l'uréthrite résiste à ces moyens, on tente l'application d'un vésicatoire au périnée, ou à la face interne d'une des cuisses, ou sur la région du sacrum, et l'on fait pratiquer des frictions d'onguent mercuriel sur le trajet du canal. Quelquefois il suffit de faire porter au malade une sonde dans l'urèthre pendant quelques jours pour faire disparaître l'écoulement; tandis qu'au contraire, s'il est entretenu par l'irritation exercée par une sonde, on le fait cesser en la retirant. M. Ségalas a guéri plusieurs blennorrhées, indépendantes de la syphilis et des rétrécissemens, par l'application très-superficielle du nitrate d'argent sur les points les plus sensibles du canal, points qu'il avait préalablement déterminés à l'aide d'une espèce de stylet boutonné qu'il nomme *uréthro-cystique*. Dans un cas où tous ces moyens avaient échoué, il a fait disparaître un écoulement ancien en administrant le camphre à l'intérieur. L'uréthrite chronique, produite par les excès de bière, par l'abus du coït ou de la masturbation, par l'équitation prolongée, la rétention des urines, la présence d'un calcul dans la vessie ou d'ascarides dans le rectum, cesse ordinairement aussitôt que la cause est éloignée. Quant à celle dont l'invasion a coïncidé avec la disparition d'une irritation dartreuse ou psorique de la peau, on la guérit en rappelant ces irritations à l'extérieur. Le camphre est surtout recommandé dans l'uréthrite produite par l'ingestion ou l'absorption des cantharides.

Nous renvoyons le peu de mots que nous avons à dire sur l'uréthrite de la femme, à l'histoire de l'inflammation vaginale, qui l'accompagne presque toujours.

### De la cystite.

C'est le nom par lequel on désigne l'inflammation de la membrane muqueuse vésicale. On la connaît aussi sous les noms de *cystiphlogie*, *cystite*, *catarrhe vésical*, *ischurie muqueuse*, *pyurie muqueuse*, etc. On l'observe sous forme aiguë et sous forme chronique.

*Causes*. La cystite est beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes, et chez les vieillards plus que chez les adultes et les enfans; les individus robustes en sont aussi plus fréquemment atteints que les êtres faibles; enfin le froid humide en favorise le développement. Tout ce qui porte une action irritante directe sur la membrane interne de la vessie peut devenir la cause de son inflammation. Ainsi la présence d'une pierre murale ou de tout autre corps étranger, les opérations du cathétérisme, de la pierre ou de la ponction, le séjour trop prolongé des sondes dans la vessie, les plaies pénétrantes dans cet organe, les injections irritantes, l'étranglement de la vessie dans une hernie, le séjour trop prolongé de l'urine, la propagation d'une phlegmasie de la membrane muqueuse uréthrale, les diurétiques violens, les cantharides et par conséquent les larges vésicatoires, les aphrodisiaques, en sont les causes principales. Viennent en seconde ligne les percussions sur la région hypogastrique, la compression de la vessie par la tête du fœtus pendant un accouchement laborieux ou par la présence d'un pessaire volumineux dans le vagin; les phlegmasies des parties avoisinantes, telles que le rectum, le péritoine, etc., les excès vénériens; enfin les secousses de l'équitation et le cahotement d'une voiture. A la tête des causes qui agissent d'une manière moins directe que les précédentes, il faut placer l'abus des liqueurs alcooliques et des boissons fermenteseibles de toute espèce, et en particulier de la bière, et l'usage exclusif des viandes très-azotées, comme le gibier, ou salées ou fumées. Nous plaçons ensuite les changemens brusques de température, une boisson glacée pendant que le corps est en sueur, et la disparition d'une autre irritation hémorragique, inflammatoire ou nerveuse.

*Symptômes et marche*. Les symptômes caractéristiques de cette phlegmasie sont: une douleur plus ou moins vive à la région hypogastrique, que la moindre pression augmente, la tension et la chaleur de cette même région, des envies d'uriner fréquentes et douloureuses, une difficulté extrême à rendre quelques gouttes d'urine, malgré les efforts les plus violens (dysurie, ischurie, strangurie), et quelquefois l'impossibilité absolue d'en expulser la plus petite quantité. Quand il s'en échappe quelques gouttes, elles causent un sentiment de brûlure et une douleur souvent des plus vives. Bientôt la vessie se distend, elle fait saillie à l'hypogastre, tout l'abdomen se tend et devient douloureux, des envies fréquentes d'aller à la selle, une sorte de ténesme vésical et un prurit douloureux dans l'urèthre tourmentent le malade. En même temps, la peau est chaude, sèche ou baignée d'une sueur exhalant l'odeur de l'urine; le pouls est fréquent, petit et dur; la langue sèche et la soif excessive. Cette série de symptômes débute quelquefois tout à coup, avec une intensité qui ne permet pas de méconnaître la maladie; mais quelquefois aussi la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, et la soif, existent avant qu'aucun des phénomènes locaux soient assez prononcés pour appeler l'attention du malade et de l'observateur. On dit alors que la *fièvre* a précédé l'inflammation de la vessie; mais il est évident que c'est une erreur, et qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas, la phlegmasie locale existe dès le début, et qu'elle provoque des symptômes généraux avant que la lésion de la fonction de l'organe affecté soit bien manisfeste.

L'inflammation aiguë de la vessie survient assez fréquemment dans le cours des phlegmasies cérébrales intenses. La sensation produite par l'urine sur la vessie, ou le besoin d'uriner, n'étant plus perçus par le cerveau enflammé, il cesse de provoquer les actes nécessaires à l'excrétion de ce liquide, dont le séjour ne tarde pas à faire naître l'inflammation vésicale. Une odeur urineuse, l'écoulement de l'urine goutte à goutte et par regorgement, et la tension de l'hypogastre, sont les seuls symptômes qui l'accompagnent dans ce cas.

Dans toutes les nuances de l'état aigu, les symptômes de la cystite sont encore les mêmes, à l'intensité près. Il s'y joint seulement, dans un assez grand nombre de cas, l'éjection avec les urines, d'un mucus visqueux, blanchâtre ou jaunâtre, ou gris et inodore, qui se dépose au fond du vase et adhère plus ou moins à ses parois. L'urine présente aussi ce caractère, lors de la diminution des symptômes que nous avons décrits, soit que la phlegmasie doive se terminer par résolution, soit qu'elle passe à l'état chronique. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes diminuent graduellement; mais quand la phlegmasie devient chronique, l'amélioration est plus lente, le mucus qui trouble les urines ne diminue pas de quantité, et tous les autres symptômes ont souvent disparu que celui-là persiste encore. Cette sécrétion morbide continue donc à se faire sans incommoder le malade; mais il ne tarde pas à s'apercevoir que tout exercice un peu violent, et tout excès de table ou vénérien, réveillent une douleur profonde et obtuse dans la vessie. Quelquefois même les accidens reparaissent avec leur première intensité, une ou plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés, et sans que les causes de ces exacerbations soient toujours appréciables.

La cystite chronique, primitive ou consécutive, n'est pas toujours indolore et non accompagnée de symptômes généraux. Souvent, au contraire, la douleur hypogastrique est permanente; elle s'exaspère par le simple passage des matières fécales dans le rectum; chaque émission des urines la renouvelle. Il est plus rare de la voir accompagnée de chaleur générale, fréquence du pouls, perte de l'appétit et soif; quelquefois cependant cela s'observe, et alors l'amaigrissement et le marasme en sont les suites. Enfin cette phlegmasie devient souvent la cause de l'incontinence d'urine.

*Durée, terminaisons et pronostic*. La cystite aiguë dure de quinze à vingt ou trente jours, la chronique pendant des mois et même des années. La première se termine par résolution, ou par la chronicité, et nous avons fait connaître les signes qui accompagnent ces deux modes de terminaison. Elle se termine aussi par suppuration, et le pus sort avec les urines, ou bien, ce qui heureusement est très-rare, il se fait jour dans la cavité du petit bassin et se rassemble à la longue au périnée ou à la marge de l'anus.

La gangrène de la vessie en est quelquefois la suite. Enfin la trop grande distension de cet organe par l'accumulation de l'urine peut en amener la rupture. La cystite chronique est rarement curable; elle finit presque toujours par conduire le malade au marasme et à la mort, soit qu'elle n'ait fait que déterminer l'épaississement et la suppuration de la membrane muqueuse vésicale, soit qu'elle en ait produit l'ulcération, soit enfin qu'elle ait envahi les autres tissus de l'organe. Le pronostic de l'état aigu et de l'état chronique est donc à peu près également grave; il est d'ailleurs proportionné à l'intensité de la phlegmasie, et subordonné à trop de circonstances diverses pour pouvoir être exprimé d'une manière générale.

*Caractères anatomiques.* A la suite des cystites aiguës, on trouve la membrane muqueuse rouge, épaissie, et ses veines quelquefois très-dilatées; ou bien elle présente des fusées de pus et rarement des foyers purulens dans son épaisseur, communiquant à l'intérieur de l'organe par des fistules. Ces petites ouvertures sont quelquefois recouvertes de sang noir et entourées de veines variqueuses; elles exhalent toutes une odeur infecte. Dans les cas de gangrène, on observe des plaques noires, formées par la membrane muqueuse convertie en une pulpe fétide; elles occupent chez quelques sujets toute l'épaisseur des parois de la vessie, qui sont souvent alors perforées. On rencontre dans ce cas de l'urine épanchée dans le petit bassin ou dans la cavité péritonéale. Enfin on a rencontré la surface interne de la vessie revêtue de fausses membranes plus ou moins étendues. Presque toujours cet organe est rétracté et réduit à une poche peu considérable. Les lésions sont encore les mêmes à la suite des cystites chroniques, mais l'épaississement de la membrane muqueuse est ordinairement plus considérable; il s'étend parfois aux autres tissus; il est, dans quelques cas, porté au point de réduire à presque rien la cavité de l'organe, qui parfois est exactement remplie par un calcul. La couleur de cette membrane est presque toujours brunâtre par plaques ou dans une grande étendue. On l'a rencontrée parsemée d'ulcérations cachées sous de gros replis formés par elle; enfin, elle est souvent ramollie.

*Traitement.* La saignée générale tient le premier rang parmi les moyens à opposer à la cystite aiguë de haute intensité, et il est souvent utile d'y recourir encore dans les cystites d'un degré moindre. En général, quand le pouls est dur, ce moyen est très-avantageux. Hors ces cas, il faut s'en tenir aux saignées locales, pratiquées à l'hypogastre, au périnée ou à l'anus, répétées autant de fois que la persistance de la phlegmasie l'exige, et du reste proportionnées à son intensité et à la force du malade. Chopart recommande la saignée de la veine dorsale de la verge lorsque la cystite est accompagnée d'uréthrite. Les bains tièdes, et surtout les demi-bains faits avec la décoction de plantes mucilagineuses et émollientes, et rendus légèrement narcotiques quand les douleurs sont très-intenses, sont d'un grand secours, on peut même dire indispensables après les saignées; il faut y laisser les malades pendant des heures entières, en ayant soin de maintenir le bain à la même température. On en seconde l'efficacité par les demi-lavemens et les fomentations sur l'hypogastre, faits avec les mêmes décoctions; il faut éviter que ces dernières fatiguent par leur poids. A ces moyens on joint le repos absolu, une diète sévère, et des boissons délayantes, prises en la plus petite quantité possible, et chaudes afin de provoquer la transpiration. Si la rétention de l'urine est complète, ou seulement la distension de la vessie très-considérable, et que les moyens ci-dessus ne suffisent pas pour remédier à ce grave symptôme, il faut sans hésiter pratiquer le cathétérisme, et, dans les cas où il est impossible, recourir à la ponction. L'emploi des révulsifs est rarement suivi de succès dans la cystite aiguë; ce n'est que lorsqu'elle a succédé à la disparition d'une phlegmasie articulaire ou cutanée, qu'il est permis d'en espérer quelque avantage, en rappelant à son premier siége l'irritation disparue. Mais il ne faut pas oublier que, dans ces cas-là même, les révulsifs sont rarement efficaces, si l'on ne combat en même temps la phlegmasie par les antiphlogistiques locaux et généraux précédemment indiqués. Il ne faut pas perdre de vue surtout, que les cantharides exerçant une action spéciale irritante sur les voies urinaires, l'emploi des vésicatoires doit être entièrement écarté du traitement de cette phlegmasie. Si l'on a recours aux révulsifs, il faut donc les choisir parmi les autres irritans de la peau. Les purgatifs nous semblent devoir être proscrits du traitement de cette inflammation. On a conseillé l'opération de la taille pour remédier aux cystites produites par la présence d'un calcul; mais on a oublié, en donnant ce précepte, que la lithotomie, pratiquée sur une vessie enflammée d'une manière un peu aiguë, entraîne presque toujours la mort du malade. Il vaut donc mieux commencer par combattre et détruire, s'il est possible, l'inflammation vésicale, puis opérer ensuite. Enfin lorsque la cystite est l'effet des cantharides, on emploie le camphre avec avantage vers le déclin de l'inflammation.

On peut encore employer les saignées locales contre la cystite chronique; on doit même y recourir sans hésiter lorsqu'elle s'accompagne de douleur, et les répéter fréquemment; mais il faut dire que l'expérience n'a pas encore appris jusqu'à quel point on pouvait compter sur cette médication. Cependant, comme tous les autres moyens proposés contre cette phlegmasie échouent dans la presque totalité des cas, nous n'hésiterions pas, si nous avions à la traiter, à faire de fréquentes applications de sangsues au périnée, en même temps qu'à l'aide de la sonde à double courant, nous introduirions dans la vessie de grandes quantités d'eau tiède, émolliente ou légèrement astringente, suivant le degré de l'inflammation. Si cependant la phlegmasie ne se manifestait que par un simple écoulement de mucus sans douleur, et surtout qu'elle fût ancienne, nous préférerions, aux déplétions sanguines, les sétons au périnée ou à l'hypogastre, ainsi que M. le professeur Roux le recommande et paraît en avoir retiré d'excellens effets. Les révulsifs sans cantharides à la partie supérieure des cuisses ou au-dessus du pubis, la pommade stibiée sur ces mêmes parties, ne rem-

placent que bien faiblement les sétons. A ces moyens nous joindrions l'usage des boissons délayantes dans les cystites chroniques douloureuses, et rendues légèrement astringentes par l'addition d'une substance contenant du tannin, ou par un acide végétal dans les cystites non douloureuses. C'est dans ce dernier cas que la térébenthine, les eaux d'Enghien, de Contrexeville, celles de Barèges ou de Balaruc, coupées d'abord avec de l'eau d'orge, peuvent être employées. On ne doit cependant en user qu'avec réserve, et le meilleur est souvent de s'en abstenir. Nous ferons cependant une exception en faveur de la térébenthine; nous y avons eu recours quelquefois avec avantage et sans inconvénient, quoique nous en ayons porté la dose jusqu'à deux gros par jour dans la cystite aiguë, préalablement affaiblie par les moyens antiphlogistiques ordinaires; mais c'est surtout aux cas de cystite chronique avec catarrhe que la térébenthine est applicable. M. Dupuytren en a retiré de grands avantages; M. Ségalas emploie aussi en pareil cas le même médicament avec beaucoup de hardiesse et de bonheur. Le premier de ces praticiens a aussi obtenu de très-bons effets de l'eau de goudron; et l'un de nous (M. Sanson) l'a injectée avec succès dans la cavité même de la vessie, en l'unissant avec le laudanum. Enfin, M. Ségalas a eu recours avec succès contre le catarrhe de vessie avec odeur infecte, au chlorure d'oxide de sodium très-étendu d'eau, injecté à l'aide de la sonde à double courant. Le malade doit en même temps être placé dans un lieu sec, élevé et exposé au soleil, éviter l'humidité, et porter des vêtemens de laine sur la peau. Les végétaux aqueux, les ragoûts épicés, et la plupart des sauces en général, la bière et le cidre, doivent être sévèrement proscrits. On a tour à tour essayé contre cette phlegmasie, et rarement avec avantage, le cachou, l'opium, le raisin d'ours, la pareira-brava, la busserole, le quinquina, la thériaque, les antimoniaux, les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, etc., etc. Enfin, la cystotomie réussit mieux dans la cystite chronique que dans l'aiguë, sans doute parce que l'altération de la membrane muqueuse vésicale est moins profonde, et que l'irritation n'est due qu'à la présence de la pierre, et cesse par conséquent après son extraction.

### De la vaginite.

Nous désignons ainsi l'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, aiguë ou chronique; elle a été décrite par les auteurs sous les noms d'*inflammation du vagin*, *blennorrhagie*, *catharre vaginal*, *leucorrhée*, *leucorrhéite* et *fleurs* ou *flueurs blanches* (1).

*Causes.* Ce sont d'abord tous les agens qui exercent une action irritante directe sur cette membrane, tels que, l'introduction des corps étrangers trop volumineux, trop durs, anguleux ou acérés; le viol, les injections irritantes, les manœuvres exercées pour provoquer un avortement, et plus fréquemment encore celles pratiquées pendant l'accouchement; le passage des menstrues ou des matières âcres provenant de l'utérus, le séjour de ces mêmes matières dans le vagin par le défaut de propreté ou par l'imperforation de la vulve, l'abus du coït et l'infection vénérienne. Quelques autres causes dont l'action est indirecte, peuvent aussi produire cette phlegmasie; tels sont, les excès de boissons fermentées, l'abus des alimens épicés, celui des lavemens irritans, les approches de la première menstruation, la phlegmasie de la vessie et la dentition.

Ces dernières causes produisent plus fréquemment la vaginite chronique; mais l'étiologie de cette forme de la phlegmasie est loin d'être bien connue. On dit que l'air froid et humide des grandes villes, comme Paris, contribue à son développement; mais on ne tient peut-être pas assez compte de ce grand nombre d'affections vénériennes légères que l'on y déguise sous le nom d'*échauffemens*. Toutefois l'action de la première de ces causes ne peut être révoquée en doute. M. Clot-Bey, médecin en chef des armées d'Égypte a remarqué que la leucorrhée et la plupart des maladies de l'utérus, étaient très-rares dans ce pays, ce qu'il attribue d'une part, à la température élevée du climat, et de l'autre, à l'habitude qu'ont les femmes de porter des pantalons. Qui n'a pas remarqué que la leucorrhée est aussi rare dans les campagnes et les petites villes qu'elle se montre commune dans la capitale? L'usage du café suffit pour l'entretenir chez beaucoup de femmes irritables et lymphatiques. Plusieurs faits tendent à faire croire qu'elle n'est souvent que le symptôme d'une irritation gastrique; dans quelques cas, au contraire, elle semble en être la cause. La masturbation, le coït immodéré, l'abus des bains, surtout de ceux de vapeur dirigés vers la vulve, l'état de couches, l'usage des chaufferettes, l'habitude de s'asseoir sur des coussins très-chauds et d'y rester presque immobile pendant toute la journée, sont généralement regardés comme des causes de cette affection.

*Symptômes et marche.* Ils consistent, pour l'état aigu, dans un sentiment de prurit d'abord, et bientôt de chaleur, de brûlure dans le vagin; la rougeur plus ou moins vive et plus ou moins étendue de la membrane muqueuse qui le tapisse, rougeur quelquefois accompagnée d'excoriations; le gonflement de cette membrane se propageant aux parties génitales externes où il est surtout prononcé; la difficulté de marcher et de s'asseoir; des envies fréquentes d'uriner, et enfin une douleur qui se fait ressentir dans toute la vulve au moment du passage des urines sur les parties extérieures de la génération, alors même que l'urètre ne participe en rien à l'état inflammatoire. En même temps il se fait par la vulve un écoulement de mucus, d'abord limpide et visqueux, ensuite opaque, blanc, jaune-verdâtre et plus abondant, et enfin blanc de nouveau, et plus épais à mesure que sa consistance diminue. Ce mucus est ordinairement peu âcre, mais quelquefois il l'est au point d'excorier les petites et les grandes lèvres.

Quand l'inflammation s'étend à la portion de la membrane muqueuse qui revêt le col de l'utérus,

(1) Madame Boinvin et A. Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses anexes.* Paris, 1825, 2 vol. in-8, accompagnés d'un bel atlas de 41 planches in-fol. coloriées.

un nouvel ordre de symptômes se joint aux précédens. La malade éprouve la sensation d'un corps volumineux, qui cause de la pesanteur au fond du vagin, surtout lorsqu'elle veut marcher. Elle éprouve dans les aines, les lombes ou à l'hypogastre des douleurs que les moindres secousses augmentent. En explorant le col utérin par le toucher, on le sent très-chaud et gonflé, et on excite souvent beaucoup de douleur; le *speculum uteri* permet d'en voir la rougeur et la tuméfaction. L'extension de la phlegmasie à la membrane muqueuse uréthrale rend l'émission de l'urine très-douloureuse et quelquefois difficile. Il arrive quelquefois cependant que la membrane muqueuse qui revêt le col est très-rouge et ce col accru de volume, sans qu'il se manifeste d'autres symptômes qu'une leucorrhée abondante. Nous donnons en ce moment des soins à une dame qui est dans ce cas; seulement la rougeur de la membrane muqueuse vaginale se montre chez elle sous l'apparence d'une éruption; l'écoulement est puriforme.

Quelquefois, lorsque l'inflammation est très-intense et plus extérieure, elle se communique au tissu cellulaire des grandes lèvres, y produit un gonflement très-considérable avec chaleur vive et douleur intense, et détermine la formation d'un ou plusieurs abcès. Ces petits phlegmons surviennent surtout dans les vaginites résultant de l'infection vénérienne; enfin, dans le cas de phlegmasie violente, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe, la soif s'allume et l'appétit disparaît.

La nuance la plus légère de la vaginite aiguë n'offre d'autres symptômes qu'un peu de démangeaison, de chaleur et de rougeur dans le vagin, et une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités. Il ne faut pas perdre de vue qu'il n'existe pas de ligne de démarcation précise entre le degré inférieur d'une phlegmasie aiguë et le plus haut d'une phlegmasie chronique, et que cette distinction utile est cependant arbitraire.

La vaginite chronique se présente à l'observation sous divers aspects. Assez souvent elle existe sans douleur; mais fréquemment elle est accompagnée de cuisson; et dans les cas même où la membrane vaginale paraît indolore, une marche un peu prolongée, le coït répété, ou un petit excès dans le régime, suffisent souvent pour en exalter la sensibilité. Cette membrane est quelquefois épaissie; mais ce n'est pas le plus ordinaire : la rougeur y est rarement plus marquée que dans l'état naturel, l'augmentation de la chaleur peu appréciable en général; elle offre quelquefois des ulcérations. La nature et la quantité du fluide sécrété varient : tantôt limpide, séreux et très-abondant, il coule d'une manière continue, et jette la malade dans un état d'abattement général; d'autres fois, plus épais, blanc, jaune ou verdâtre, son écoulement est moindre et n'apporte aucun trouble notable dans la santé. Dans quelques cas, il est glaireux et filant comme du blanc d'œuf; dans d'autres, on l'a vu grumelé et floconneux. Chez quelques femmes il est inodore, chez la plupart son odeur est fade et nauséeuse; chez certaines il est fétide, rarement âcre; il excorie cependant quelquefois la vulve et la partie supérieure des cuisses. Sa quantité augmente presque toujours à l'approche des règles; souvent aussi l'écoulement cesse pendant plusieurs jours entre deux époques menstruelles; enfin les stimulations gastriques et les affections morales tristes en déterminent la sécrétion plus abondante. L'extension de l'irritation à la membrane muqueuse qui revêt le museau de tanche, produit des phénomènes dont nous renvoyons la description à l'histoire de la *métrite*.

Existe-t-il des moyens de reconnaître si une vaginite est ou n'est pas syphilitique? Aucun : mais on doit soupçonner qu'elle a ce caractère, lorsqu'elle survient tout à coup avec une intensité assez marquée et que la malade en accuse une cause peu probable. Dans ces circonstances, la prudence ordonne de traiter la phlegmasie comme lorsqu'on a la certitude qu'elle est vénérienne. La société renfermerait sans doute beaucoup moins de femmes leucorrhéiques, si l'on négligeait moins cette précaution.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La vaginite aiguë guérit ordinairement en peu de jours, quand elle est produite par toute autre cause que le virus syphilitique. Mais quand elle est l'effet de cet agent, elle se prolonge comme l'uréthrite chez l'homme, depuis vingt-cinq jusqu'à quarante et cinquante jours. Dans le premier cas, elle se termine presque constamment par résolution; dans le second au contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique; il est, en général, très-difficile de prévenir ce mode de terminaison; le retour périodique des menstrues et le coït auquel les malades se livrent souvent trop tôt, empêchent que la résolution complète s'en opère. Le pronostic n'en est jamais grave. Quand elle est chronique, au contraire, cette irritation est presque toujours d'une longueur interminable : des malades en sont affectées presque toute leur vie. Il est probable que, dans ce dernier cas, la super-sécrétion de mucus, effet d'abord de l'irritation vaginale, finit par être un état habituel de la membrane muqueuse, plutôt qu'un effet morbide. Toutefois cette transformation est rare, et quand un écoulement leucorrhéique se prolonge, la prudence commande que l'on en recherche la cause en explorant soigneusement le vagin au moyen du spéculum. On verrait sans doute beaucoup moins d'ulcères et de désorganisations du col utérin, si l'on avait cette précaution. On trouverait souvent des excoriations superficielles du col, des ulcérations de la membrane muqueuse, des points phlogosés et épaissis qui, négligés, peuvent aboutir à toutes les désorganisations connues, et sur lesquels il suffit souvent d'appliquer directement les moyens de traitement pour en obtenir la guérison rapide. Notre ami, le docteur Mêlier, traite aujourd'hui ces affections comme des inflammations ou des plaies extérieures; c'est-à-dire, en portant immédiatement sur elles les substances médicamenteuses que leur nature réclame, et des succès assez nombreux déjà couronnent cette pratique rationnelle.

La vaginite ne compromet jamais l'existence des malades tant qu'elle reste bornée au vagin; ce n'est que lorsqu'elle s'étend au col utérin et en provoque la désorganisation, ou bien lorsqu'elle est accompagnée de la phlegmasie d'un organe essentiel à la vie, qu'elle devient dangereuse.

Elle est contagieuse lorsqu'elle est syphilitique.

*Caractères anatomiques*. On trouve presque toujours, lorsque la vaginite a duré plusieurs années, la membrane muqueuse vaginale épaissie; souvent elle est ulcérée, quelquefois elle est d'une consistance cartilagineuse; d'autres fois enfin elle est squirrheuse dans certains points, par zones ou par plaques, et elle rétrécit considérablement le canal.

*Traitement*. Rien n'est simple et facile comme le traitement de la vaginite aiguë qui n'est pas produite par la syphilis. Le repos, des bains, des lotions et des injections émollientes fréquemment répétées, quelques applications de sangsues à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses lorsque l'inflammation est trop vive, des boissons délayantes, et une alimentation légère et non excitante; voilà ce qui le compose. Ce sont encore les mêmes moyens qui conviennent lorsque la vaginite est le résultat de l'infection vénérienne; mais il ne suffisent plus, et l'on y doit joindre, lorsque les symptômes d'acuité sont dissipés, l'emploi des médicamens dits anti-vénériens, consistant dans les frictions avec l'onguent mercuriel, à la dose d'un demi-gros ordinairement, à la partie interne des grandes lèvres, ou dans l'usage des pillules mercurielles que nous avons indiquées dans le traitement de l'uréthrite, chez l'homme. Quelle qu'ait été la cause de la vaginite, il est presque toujours indispensable d'en terminer le traitement par les lotions ou les injections astringentes, si l'on ne veut la voir passer à l'état chronique. Ces lotions ou injections se composent avec les mêmes agens que nous avons conseillés contre l'uréthrite chronique.

On obtient en général assez difficilement la cure des vaginites chroniques; les astringens que nous venons de conseiller échouent fréquemment; les émolliens sont rarement plus avantageux. Si la phlegmasie se rapproche de l'état aigu, on doit cependant préférer ces derniers; il est même prudent de commencer le traitement de toute vaginite chronique par les émolliens, et de ne passer à l'usage des astrigens qu'après s'être convaincu de leur inefficacité. On ne court aucun risque, en suivant cette marche, tandis qu'on s'expose à accroître l'irritation en adoptant la marche contraire. On obtiendra certainement beaucoup plus de guérisons qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en traitant toutes les vaginites d'après les vues du docteur Mêlier, et en s'astreignant à des pansemens presque journaliers, qui consisteront en bains, lotions, injections et applications immédiates de pommades et autres topiques appropriés à la nature reconnue de la maladie, et dont on suivra les effets pour les varier avec les indications.

La vaginite chronique est quelquefois accompagnée d'une gastrite; et souvent même, en pareil cas, elle est entièrement sous la dépendance de cette phlegmasie, comme on la voit produite et entretenue chez les petites filles par la présence des vers dans les voies digestives. Dans ces cas, on ne peut la guérir qu'en guérissant la phlegmasie de l'estomac. Mais il est beaucoup plus ordinaire que les dérangemens des fonctions digestives soient l'effet de la vaginite et de l'écoulement qui l'accompagne; et ces troubles sympathiques n'ont rien d'inflammatoire. Au lieu donc de les combattre par des antiphlogistiques, c'est aux stimulans et aux toniques qu'il faut avoir recours. Les plus efficaces sont les ferrugineux sous toutes les formes, les diverses préparations du quinquina, l'absynthe, le vin de Bordeaux, et parmi les substances alimentaires, les viandes rôties ou grillées. Le laitage et les fécules au contraire, augmentent presque toujours en pareil cas le trouble des digestions. M. le docteur Gimelle emploie avec le plus grand succès, l'iode et ses diverses préparations.

Quels que soient les médicamens qu'on administre, il faut en seconder les effets par l'exercice, les frictions sèches, les vêtemens de flanelle, l'habitation dans un lieu sec et élevé, une nourriture appropriée à l'état de l'estomac, et par une continence absolue. Les révulsifs cutanés ne nous paraissent pas assez employés dans le traitement de cette phlegmasie. On retire toujours d'excellens effets, dans la vaginite chronique, de l'application d'un vésicatoire ou d'un cautère à l'une des cuisses.

### De la métrite.

On donne ordinairement ce nom à l'inflammation du tissu propre de la matrice, et l'on désigne par celui de *catarrhe utérin* l'inflammation de sa membrane muqueuse. Mais, 1° ces phlegmasies existent rarement séparées; 2° celle de la membrane muqueuse prédomine presque toujours sur celle du tissu propre de l'organe; 3° la très-grande majorité des causes qui les produisent agissent sur la membrane; 4° enfin, les symptômes et le traitement sont les mêmes dans l'une et dans l'autre, à cela près de quelques différences légères et peu importantes. Nous réunirons donc ces deux phlegmasies sous la dénomination commune de *métrite*, en indiquant toutefois les signes auxquels on peut reconnaître que l'inflammation prédomine dans la membrane interne ou dans le tissu propre de l'utérus, ou même qu'elle occupe exclusivement l'une de ces parties. La métrite est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

### Métrite aiguë.

*Causes*. Les plus fréquentes sont, pour l'état aigu, un accouchement laborieux, les manœuvres violentes exercées, soit avec la main pour opérer la version de l'enfant par les pieds ou décoler le placenta, soit avec le forceps mal appliqué; l'extraction d'un polype; la contusion du col utérin par l'application d'un pessaire, lorsqu'il est déjà douloureux, son déchirement, la percussion répétée de cette même partie par un pénis trop long dans l'acte trop fréquemment renouvelé du coït, l'infection syphilitique; l'opération césarienne, les coups sur la région hypogastrique, un bandage trop serré sur cette partie immédiatement après l'accouchement, l'application de la glace dans l'intention de suspendre une hémorragie utérine, les injections astringentes, les médicamens abortifs, enfin la suppression accidentelle des lochies ou du flux menstruel. On range aussi parmi les causes de la métrite aiguë, l'abstinence des plaisirs de l'amour chez une fem-

me très-ardente, la masturbation, et le froid vif vers le vagin et les parties environnantes.

*Symptômes*. Ils présentent des différences suivant que la phlegmasie occupe le col de l'utérus ou le corps même de cet organe. Dans le premier cas, le col utérin est rouge, brûlant, gonflé, dur et douloureux au moindre contact et à la plus légère secousse; il produit la sensation d'un corps étranger volumineux dans le vagin, occasionant une pesanteur incommode, et si cette phlegmasie est survenue dans l'état de couches ou pendant l'écoulement menstruel, les lochies ou les règles sont supprimées. Dans le second cas, la malade éprouve à la région hypogastrique une douleur obtuse et gravative qui se propage aux lombes, aux aines et quelquefois à la partie supérieure des cuisses; cette douleur augmente par la pression exercée au dessus du pubis; on sent quelquefois dans cette région le corps de la matrice ayant un volume qu'il n'a pas dans l'état naturel, cet organe pèse sur le rectum et provoque des envies d'aller à la selle; le passage des matières fécales réveille la douleur, surtout si ces matières sont un peu dures; enfin la compression ou l'irritation du col de la vessie déterminent la difficulté d'uriner. Il y a suppression des règles ou des lochies, si la phlegmasie a débuté dans l'une des circonstances indiquées ci-dessus. Dans beaucoup de cas, au contraire, les malades rendent du sang liquide ou en caillots en assez grande abondance. Après quelques jours de durée et lorsque les symptômes d'acuité diminuent, il se fait souvent un écoulement de mucus provenant de la matrice; mais en général ce phénomène n'est pas aussi prononcé que dans les phlegmasies des autres membranes muqueuses, parce que celle de cet organe, si mince que beaucoup d'auteurs en ont révoqué l'existence en doute, n'étant le siége d'aucune sécrétion appréciable dans l'état normal, se couvre à peine d'une légère couche de mucosité lorsqu'elle est enflammée. Ce n'est que dans les phlegmasies utérines sub-aiguës et chroniques, qu'elle acquiert la propriété de fournir à une plus abondante sécrétion. Quel que soit le siége de l'inflammation, au col ou au corps utérin, elle développe souvent des sympathies éloignées lorsqu'elle a une certaine intensité. Ainsi la peau est chaude et souvent humide, le pouls dur et fréquent, tantôt petit et tantôt plein, la soif vive et l'appétit nul. Quelquefois, quand la phlegmasie est peu intense, il existe des vomisssemens sympathiques très-opiniâtres.

On soupçonne que la phlegmasie occupe plus spécialement la membrane muqueuse, lorsque la sécrétion est abondante, la douleur hypogastrique peu considérable, et que la pression ne l'augmente pas; on en a la certitude, si en outre, la cause a agi directement sur cette membrane, comme le font la plupart de celles que nous avons énumérées. Si la sécrétion est nulle, la douleur vive et le gonflement du corps de l'utérus très-marqués, il est probable que la phlegmasie a son siége dans le tissu propre de cet organe; il est à peine permis d'en douter si elle s'est développée sous l'influence d'un coup ou d'une chute sur la région hypogastrique. L'inflammation aiguë des trompes n'a point de symptômes qui lui soient propres; elle se confond avec les précédentes, et surtout avec la péritonite. (Voyez *Ovarite.*)

Le toucher jette le plus grand jour sur le diagnostic de la métrite, lorsqu'il est douteux; il en fait aussi reconnaître en partie l'étendue, le siége précis et l'intensité. On ne doit jamais négliger d'y avoir recours. En introduisant le doigt dans le vagin, on trouve ordinairement ce conduit chaud et quelquefois brûlant; et lorsqu'on a pénétré jusqu'à l'utérus, on provoque toujours de la douleur dans le point qu'occupe l'inflammation, et dans ce point-là seul quand elle est circonscrite; en même temps on sent manifestement du gonflement dans ce même point.

Nous avons fait connaître les graves symptômes qui accompagnent quelquefois la métrite aiguë des femmes en couche, en traitant de la *phlébite utérine.* Nous y renvoyons par conséquent nos lecteurs.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la métrite aiguë est en général assez rapide; cependant elle peut se prolonger pendant trente et même quarante jours. Ses terminaisons les plus ordinaires sont la résolution et le passage à l'état chronique; rarement on la voit se terminer par la suppuration du tissu même de l'utérus, plus rarement encore par gangrène. Lorsqu'elle est très-intense, elle peut donner la mort en quelques jours. En général cette phlegmasie est grave, soit par le danger actuel qu'elle comporte, soit par la fréquence de son passage à la chronicité, soit enfin parce qu'elle se propage assez souvent au péritoine, surtout après l'accouchement.

*Caractères anatomiques.* On possède peu d'ouvertures de cadavres de femmes mortes de métrite aiguë; aussi l'anatomie pathologique de cette affection est-elle encore peu avancée. On a rencontré quelquefois la membrane muqueuse rouge et épaissie, et le tissu de la matrice rouge, gorgé de sang et augmenté de volume; en pressant cet organe, on exprimait le sang comme d'une éponge. Nous avons exposé les caractères anatomiques de l'inflammation de ses veines, à l'article *Phlébite utérine.*

*Traitement.* Le passage de la métrite aiguë à l'état chronique est si fréquent, et ce mode de terminaison est si fâcheux, qu'on ne doit rien négliger pour obtenir la prompte résolution de l'inflammation, dès le début. A cet effet, il faut commencer par une ou deux saignées générales suivant la violence de la phlegmasie, et appliquer ensuite les sangsues à la vulve, dans le vagin, à l'anus ou sur l'hypogastre. En même temps, on recouvre la région sus-pubienne de fomentations ou de cataplasmes émolliens et narcotiques, on administre des lavemens, et l'on fait prendre des demi-bains faits avec des décoctions jouissant des mêmes propriétés que les cataplasmes; enfin on met les malades à la diète la plus sévère et aux boissons délayantes et narcotiques. Si la douleur de l'utérus est très-vive, on peut donner des narcotiques à l'intérieur dans une potion. On ne doit pas se relâcher un seul instant de la sévérité du traitement, ni rien y changer, tant que l'inflammation n'est pas considérablement diminuée. Lorsqu'elle commence à céder, on peut sans inconvénient diriger des vapeurs émollientes

vers l'utérus, ce qu'il n'eût pas été prudent de tenter pendant la grande violence de l'inflammation. Elles sont surtout utiles, de même que les injections, lorsque le col est le principal siége de la phlegmasie. Quand la métrite aiguë est peu intense, il suffit souvent d'une ou deux applications de sangsues à la vulve pour la faire disparaître; dans quelques cas, on les remplace par les ventouses scarifiées à la partie supérieure des cuisses. Enfin, lorsque la phlegmasie est très-légère, on la dissipe facilement par un ou deux demi-bains émolliens et narcotiques sur la région sus-pubienne. Il faut faire suivre le traitement antiphlogistique par l'administration de quelques mercuriaux ou des préparations d'or, si la cause de la métrite est vénérienne.

Métrite chronique.

*Causes.* Ce sont toutes celles de la métrite aiguë, à laquelle elle succède très-souvent. La vaginite chronique et surtout vénérienne, en est la cause la plus ordinaire.

*Symptômes.* Ils varient aussi avec le siége de l'inflammation. Bornée au col, ce qui est le plus ordinaire, on la reconnaît au gonflement, à la dureté, la chaleur, la rougeur et la sensibilité de cette partie. Ce sont, en un mot, les mêmes symptômes que dans l'état aigu, mais à un degré moindre; ce qui les en distingue surtout, c'est que pendant long-temps ils ne développent pas de sympathies. Il en est de même lorsqu'elle occupe le corps utérin; ce sont encore la douleur hypogastrique, des tiraillemens dans les aines, les lombes et les parties supérieures des cuisses; de la pesanteur dans la région de l'utérus, la compression du rectum ou de la vessie, et la sécrétion plus ou moins abondante de mucus. L'une et l'autre s'accompagne de désordres dans la menstruation, qui est accélérée, retardée, augmentée, diminuée ou entièrement supprimée. Quand elles sont anciennes et qu'elles ont déjà fait de grands progrès, elles accélèrent le pouls, augmentent la chaleur générale, troublent les digestions, et empêchent la nutrition de s'opérer.

Souvent les symptômes de la métrite chronique sont très-peu prononcés; une simple démangeaison dans le vagin et quelques troubles sympathiques des digestions sont les seuls phénomènes que les malades accusent. Mais le toucher fait ordinairement reconnaître, dans ces cas, un abaissement plus ou moins considérable du corps de l'utérus, quelquefois une déviation de cet organe, et presque toujours alors de l'engorgement, de la duretéet de la douleur dans un point plus ou moins étendu de son corps. (Voyez *Déviations.*) Il nous a quelquefois suffi de l'existence du seul prurit du vagin, prurit souvent insupportable, pour nous faire soupçonner l'invasion d'une métrite chronique que le toucher nous faisait ensuite reconnaître.

Mais le toucher ne suffit pas toujours pour faire bien apprécier le véritable état du col utérin enflammé; les sensations qu'il donne sont trompeuses, et tous les jours en explorant avec le spéculum, on est tout surpris de voir des désordres entièrement différens de ceux que le toucher avait fait supposer. Certains signes d'ailleurs, échappent à ce dernier moyen d'investigation. C'est ainsi qu'il arrive fréquemment que le catarrhe du col utérin s'accompagne de la sécrétion d'un peu de mucus diversement altéré. Or, le spéculum seul permet d'apprécier ce symptôme, car la quantité de ce mucus est parfois si peu considérable, que les malades s'en aperçoivent à peine. On le voit ordinairement obstruant l'ouverture du col, et présentant l'aspect d'une dissolution épaisse de gomme arabique, tantôt de couleur opaline et tantôt de couleur rougeâtre; en le saisissant avec des pinces, il file comme du blanc d'œuf, et souvent une goutelette remplace immédiatement dans l'ouverture du col celle que l'on vient d'en retirer. Quand l'inflammation se prolonge jusque dans l'intérieur de l'utérus, il s'y fait une sécrétion semblable; une injection d'eau simple, poussée jusque dans cet organe, entraîne quelquefois une certaine quantité de ce mucus avec elle. M. Mêlier, à l'obligeance duquel nous devons d'avoir pu observer tous ces faits, pense que très-souvent les douleurs vives et ordinairement de peu de durée que les femmes affectées de catarrhe utérin éprouvent dans cet organe, signalent le moment de l'expulsion de ces mucosités. Nous partageons entièrement son avis. Chez la plupart de ces malades, la douleur cesse en effet aussitôt qu'elles se sentent *mouillées.*

Il est rare que la métrite chronique donne la mort avant d'avoir produit le *squirrhe* ou *cancer*, et l'ulcération, principalement du col utérin. Quelquefois cependant le squirrhe débute par l'utérus, ou bien il y a son siége exclusif; mais rien dans les symptômes, pas même les douleurs lancinantes, n'apprend à le distinguer de la phlegmasie chronique à laquelle il succède presque constamment. On n'est donc averti de cette dégénérescence que lorsqu'elle est très-avancée et se communique au col: jusque là on n'avait pu que la soupçonner d'après l'insuccès des moyens dirigés contre la phlegmasie. L'utérus acquiert quelquefois un volume énorme; sa déformation s'étend souvent aux trompes et aux ovaires, et quelquefois elle est partagée par le paquet intestinal et le mésentère. (Voyez *Désorganisations.*)

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La durée de la métrite chronique varie à l'infini, depuis quelques mois jusqu'à quinze, vingt ans et plus, et ce n'est que lorsque le tissu de l'organe s'ulcère qu'elle marche avec plus de rapidité. Il arrive même qu'elle dure plusieurs années avant d'entraîner la mort, alors même qu'il existe des ulcérations. On en obtient quelquefois la résolution; mais le plus ordinairement elle conduit les malades au tombeau par le marasme, ou bien, au milieu de son cours, elles succombent à une autre maladie. Il est vrai que l'on ne s'occupe pas assez en général du traitement de cette maladie; les femmes la taisent par pudeur aussi long-temps qu'elles peuvent, et plus tard, lorqu'elles s'en plaignent, le même sentiment les empêche de se soumettre aux explorations nécessaires pour bien constater l'état des parties malades. Pendant ces délais le mal s'aggrave, et c'est ainsi que des affections légères au début, et qui pouvaient céder

promptement à des moyens simples, deviennent opiniâtres et souvent incurables.

*Caractères anatomiques.* Les caractères anatomiques de la métrite chronique sont beaucoup mieux connus que ceux de l'aiguë. On a trouvé cet organe d'un rouge grisâtre ou livide; sa membrane muqueuse d'un rouge plus vif, et plus visible que dans l'état normal; son corps dur, épaissi, dense et très-serré. Ces désordres n'occupent presque toujours qu'une portion de l'utérus. Lorsque la phlegmasie est très-ancienne, on rencontre un épaississement plus ou moins considérable avec dureté du tissu de l'utérus, et ce tissu converti en une substance lardacée, homogène, dans laquelle on ne découvre plus les traces de l'organisation. (Voyez *Désorganisations.*)

*Traitement.* Tant que la métrite est peu ancienne, et que la désorganisation ne s'est pas emparée de l'organe, le traitement antiphlogistique local et général des phlegmasies chroniques est le seul convenable. Malheureusement aucun signe n'apprend à distinguer le squirrhe utérin curable de celui qui ne l'est plus, et l'on est souvent exposé à faire un traitement inutile. Mais cette difficulté même du pronostic est un motif puissant pour que, dans tous les cas douteux, on débute par les moyens les plus rationnels, le plus fréquemment couronnés par le succès, et qui offrent le moins d'inconvéniens s'ils restent sans effet. Or ces moyens sont les antiphlogistiques, unis aux narcotiques et aux révulsifs; eux seuls réunissent les trois conditions voulues. Les saignées locales, à la vulve ou aux mamelles, ou pratiquées sur le col de l'utérus même à l'aide du *speculum uteri*, ou au fond du vagin au point qui correspond à la portion enflammée de l'utérus lorsque cette inflammation est partielle, les demi-bains émolliens et narcotiques, faits avec les décoctions de feuilles de mauve, de racine de guimauve, de feuilles de laitue, de têtes de pavots, de ciguë, de morelle, de jusquiame, de belladone, etc.; les injections, et les douches ascendantes, avec les mêmes liquides ou avec des eaux sulfureuses, l'eau tiède seulement ou même l'eau froide; les ventouses scarifiées et les vésicatoires à la partie supérieure des cuisses, les sétons à cette partie et même à la vulve, et les boissons délayantes, méritent donc la préférence sur tous les autres agens pharmaceutiques. Parmi ces moyens, les antiphlogistiques directs tiennent surtout le premier rang; et ce ne doit être qu'après s'être convaincu de leur impuissance, qu'on y joindra les narcotiques et les révulsifs.

On doit peu compter en général sur l'emploi des médicamens internes dans le traitement de cette phlegmasie. Cependant on a recours avec quelque avantage aux boissons délayantes, aux diurétiques faibles et aux eaux sulfureuses. La partie hygiénique du traitement se compose du régime doux et non stimulant des phlegmasies chroniques, de l'abstinence absolue des plaisirs de l'amour, des frictions sèches, des bains généraux et d'un exercice modéré. Enfin, si tous ces moyens échouent, on peut tenter la cautérisation ou l'extirpation de la partie malade, si l'on a la certitude de détruire, par l'une ou par l'autre opération, tout ce qui est frappé de désorganisation cancéreuse (Voyez *Désorganisations.*)

L'inflammation du corps même de l'utérus est très-probablement, dans la grande majorité des cas, consécutive à celle de sa membrane muqueuse. Il suit de là qu'on la préviendra fréquemment ainsi que les désorganisations qui en sont les funestes conséquences, en traitant de bonne heure et par des moyens directs, le catarrhe utérin. Ces moyens ne diffèrent pas sans doute de ceux que nous venons d'indiquer; mais combien ne seront-ils pas plus efficaces quand on les portera immédiatement sur l'organe malade en se servant du spéculum! Des injections émollientes, narcotiques, astringentes, etc., portées ainsi jusque dans l'utérus, doivent jouir d'une efficacité bien autrement puissante que celles que l'on pratique à la manière ordinaire. Il en est de même des pommades résolutives et autres, que l'on peut ainsi appliquer chaque jour sur le col utérin lui-même. C'est ce que l'expérience nous apprendra bientôt. Les essais auxquels M. Mêlier se livre, ne tarderont pas, il faut l'espérer, de résoudre cette importante question.

Il n'est pas rare de voir des métrites chroniques entretenues ou fréquemment reproduites par le relâchement des ligamens de l'utérus, céder ou cesser de reparaître après l'apposition d'un pessaire; mais il est plus fréquent encore d'observer le contraire, c'est-à-dire un abaissement de l'utérus déterminé par l'inflammation de cet organe dont le poids est accru par l'engorgement dont il est le siége, et dans ce cas, le traitement antiphlogistique dissipe le relâchement en détruisant la phlegmasie.

### Métrite intermittente.

M. le professeur Alibert (1) rapporte un exemple de métrite intermittente observée par Osiander, médecin de Gœttingue. La malade qui fait le sujet de cette observation a succombé, et l'ouverture du cadavre a montré la trompe et l'ovaire droits enflammés, et des adhérences de la partie gauche de la matrice à l'intestin rectum et au péritoine. Si semblable cas se présentait, on devrait lui appliquer le traitement ordinaire des irritations intermittentes.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME SÉREUX.

### Considérations générales.

Les membranes séreuses recouvrent ou enveloppent tous les organes importans de l'économie. Leur conformation est remarquable; ce sont des sacs sans ouverture, dont une partie est reployée sur l'autre, de la même manière que les bonnets dont on se couvre la tête pendant la nuit. Cette comparaison triviale est la seule qui puisse en donner une idée

(1) *Traité des fièvres pernicieuses*, 2e édition, page 106.

exacte. Il résulte de cette disposition, que l'organe n'est pas renfermé dans la cavité même de la membrane, et que, s'il était possible de disséquer celle-ci sur la surface de son contenu, on l'obtiendrait dans toute son intégrité. Il en résulte encore qu'une moitié de la surface interne de chaque membrane est partout en contact avec l'autre, tandis qu'une partie de la surface extérieure est contiguë à l'organe contenu, et l'autre en rapport avec les parties environnantes. Enfin, cette surface extérieure est partout adhérente, tandis que l'interne est libre et lubrifiée sans cesse par la sérosité qu'elle exhale.

Formées presque exclusivement par du tissu cellulaire condensé, les membranes séreuses sont en général minces, quoique d'épaisseur variable; elles sont blanches, luisantes, transparentes, contiennent peu de vaisseaux sanguins, et semblent n'être qu'un lacis d'exhalans et d'absorbans. Elles n'ont d'autres fonctions connues que celles d'isoler les organes et d'en faciliter les mouvemens.

Une organisation et des fonctions si simples sembleraient devoir les mettre à l'abri des irritations, d'autant plus qu'elles sont rarement en rapport avec les objets extérieurs, et cependant ce sont, après la peau et les membranes muqueuses, celles que l'on voit le plus souvent affectées. Cela tient, pour la plèvre, à l'étroite sympathie qui unit cette membrane à la peau, et la force de suppléer violemment, par une exhalation plus considérable de sérosité, à la sueur tout à coup arrêtée; pour le péritoine, à la même sympathie, et de plus aux circonstances de l'accouchement et de ses suites; et pour l'arachnoïde, à la grande influence qu'exercent les voies digestives sur cette membrane, surtout dans l'enfance, et à d'autres causes que nous indiquerons plus tard.

L'inflammation, l'hémorrhagie et l'irritation sécrétoire paraissent être les seuls modes d'irritation dont les membranes séreuses soient susceptibles. Les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, s'y montrent rarement.

Insensibles dans l'état sain, les membranes séreuses acquièrent une sensibilité excessive lorsqu'elles sont enflammées; la douleur y est brûlante, pongitive, et le moindre mouvement l'augmente si la phlegmasie est violente; la chaleur n'est pas toujours très-vive; la rougeur est plus marquée que ne le ferait supposer le petit nombre de vaisseaux sanguins qui pénètrent ces membranes; enfin la tuméfaction est en général très-peu considérable, et lorsque ces tissus paraissent épaissis d'une manière un peu marquée, c'est ordinairement à l'existence de fausses membranes qu'ils doivent cette apparence. Le tissu cellulaire qui les unit aux parties voisines participe toujours à leur état d'inflammation; quelques médecins pensent même que l'inflammation de ce tissu précède toujours celle de ces membranes.

Les caractères anatomiques de l'inflammation des membranes séreuses sont: une rougeur ponctuée, la perte de la transparence, le blanc mat dans les intervalles des points rouges, un épaississement toujours très-peu marqué, quelquefois un aspect granuleux et comme chagriné, parfois des ecchymoses, très-rarement la grangrène, et presque constamment un épanchement de sérosité dans leur cavité. Et telle est la parfaite ressemblance d'organisation de ces membranes entre elles, que les désordres y sont presque uniformes. Dans toutes en effet, on observe les mêmes collections de sérosité connues sous le nom d'*hydropisies*, les mêmes granulations miliaires, la même facilité de formation de fausses membranes, la même disposition à contracter des adhérences, enfin la même tendance à l'ossification.

Quelquefois les membranes séreuses enflammées s'injectent fortement et leur exhalation est suspendue; mais le plus communément cette exhalation est augmentée, et les fluides qui en proviennent varient en quantité et en qualité, suivant que l'inflammation est aiguë ou chronique, qu'elle est plus ou moins intense, ou que la mort survient à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Tantôt la quantité de sérosité est seulement augmentée et conserve toutes les qualités de l'état naturel; tantôt elle est trouble et lactescente; quelquefois elle a l'opacité et la couleur du pus; d'autres fois elle tient seulement en suspension des flocons de fibrine décolorée; elle se présente assez souvent sous l'apparence et la consistance d'une gelée tremblante, interposée entre les deux feuillets de la membrane; enfin, elle est parfois sanguinolente, rarement fétide; son odeur est en général fade et douceâtre; sa quantité varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs pintes. Bichat avance que la suppuration des membranes séreuses n'est jamais accompagnée d'ulcération ni d'érosions; les recherches anatomiques du docteur Scoutetten ont appris le contraire (1); mais on doit à Bichat cette remarque plus juste et très-importante, savoir que, dans les épanchemens de sérosité produits par l'affection d'un viscère étranger à la membrane, cette sérosité est limpide, transparente, et probablement de même nature que celle qui est exhalée dans l'état normal; tandis qu'au contraire, quand l'épanchement dépend de l'inflammation des membranes séreuses elles-mêmes, le liquide est presque toujours altéré.

Les phlegmasies des membranes séreuses, quoique plus douloureuses que celles des muqueuses, provoquent en général beaucoup moins de sympathies. Il n'est pas rare de voir des pleurites et des péritonites très-intenses, ne donner lieu à d'autres phénomènes sympathiques que la fréquence du pouls et la chaleur de la peau, et quelquefois ne s'annoncer que par la douleur. L'arachnoïdite elle-même ne se révèle souvent à l'observateur que par la céphalalgie, et alors même qu'elle excite le délire et les mouvemens convulsifs, il est encore vrai de dire que le nombre des phénomènes sympathiques n'est nullement en rapport avec l'intensité et le danger de la maladie. Au reste, ce fait général n'est pas sans exceptions.

Les inflammations des membranes séreuses sont: l'*ophthalmite*, l'*arachnoïdite*, la *pleurite*, la *péricardite* et la *péritonite*.

### De l'ophthalmite.

On a donné à l'inflammation des membranes

(1) *Archives générales de médecine*, tome IV, pag. 390 et suivantes.

séreuses de l'œil le nom d'ophthalmie *interne*, par opposition à la phlegmasie de la conjonctive, que l'on désignait sous celui d'*ophthalmie* proprement dite; nom qui conviendrait beaucoup mieux à la première. Nous la nommerons *ophthalmite*.

*Causes*. L'inflammation intérieure de l'œil reconnaît les mêmes causes que la conjonctivite; mais elle se développe surtout à l'occasion de celle de ces causes qui irritent directement l'intérieur de l'œil, comme les plaies, l'opération de la cataracte.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic*. Les symptômes par lesquels l'ophthalmie se manifeste à son début sont aussi ceux de l'inflammation de la conjonctive portée à un très-haut degré. Nous ne reviendrons pas par conséquent ici sur ces symptômes; nous n'insisterons que sur quelques différences que présente cette maladie, comparée à la conjonctivite à l'état aigu, avec laquelle elle est toujours compliquée. Lorsque cette dernière a précédé, la maladie ne présente pas d'autres caractères que ceux qui ont été donnés pour la conjonctivite très-violente; dans le cas contraire, la rougeur de la muqueuse oculaire est précédée par des douleurs violentes, profondes et pulsatives, qui se propagent au sourcil et à la nuque, avec constriction de la pupille, aversion pour la lumière, céphalalgie, nausées, vomissemens, accélération du pouls, etc.; et pendant long-temps, la violence de ces symptômes n'est pas en rapport avec la coloration peu intense de la conjonctive.

La durée de cette inflammation est plus considérable que celle de l'inflammation extérieure simple. Elle peut se terminer par résolution, mais l'œil ne recouvre pas toujours en totalité le libre exercice de ses fonctions : très-souvent les membranes affectées restent opaques, ou la pupille persiste dans un état incurable de coarctation qui rend la vision tout-à-fait impossible; d'autres fois il reste une *amaurose;* d'autres fois enfin l'organe s'atrophie complètement. Le plus souvent cette phlegmasie se termine par suppuration. On peut présumer que cette terminaison aura lieu, toutes les fois que les symptômes sont menaçans, et qu'ils ne cèdent point aux moyens qu'on emploie pour les combattre. On connaît que la suppuration se forme, lorsque les accidens, parvenus au plus haut degré, se calment brusquement, sans diminution notable dans le volume de l'œil, et qu'il survient des frissons irréguliers. Si c'est dans la profondeur de cet organe que la collection se forme, ou, en d'autres termes, s'il se forme un *empyème* de l'œil, cet organe devient saillant et inégal dans quelque point de sa surface; l'iris, poussé en avant, s'avance vers la face convexe de la cornée; mais il est difficile d'apercevoir la couleur du pus, à cause du resserrement de la pupile. La douleur, après s'être un moment calmée, se réveille; mais alors elle est gravative et tensive plutôt qu'aiguë. Dans les cas heureux, la maladie peut borner là ses progrès; on voit alors les accidens se calmer, et le pus être résorbé au bout d'un laps de temps plus ou moins long; mais le rétablissement complet de l'organe est encore plus difficile que dans le cas précédent. Si la maladie continue sa marche, les douleurs et les accidens sympathiques se réveillent bientôt avec la plus grande violence, et ne cessent que par la rupture des membranes de l'œil et l'écoulement du pus et des humeurs qui les distendaient outre mesure. Alors l'œil revient peu à peu sur lui-même, et se transforme en un moignon mobile, sur lequel on peut placer un œil artificiel. Enfin, dans certains cas, la violence des symptômes est telle, que le malade périt des suites de la propagation de l'irritation aux organes encéphaliques, avant que la maladie ait pu se terminer de l'une ou de l'autre des manières qui viennent d'être indiquées.

Lorsque c'est dans la membrane de l'humeur aqueuse que l'inflammation a son siége et que la collection s'établit, la maladie a reçu des auteurs le nom d'*hypopion*. On voit se former au bas de la cornée transparente, et dans la chambre antérieure, une ligne courbe, d'un blanc jaunâtre, qui suit le contour de la partie inférieure de la circonférence de cette cavité. Cette ligne, qui est formée par le pus, s'élargit, et bientôt forme, par l'addition de nouvelles quantités de ce liquide, une tache en forme de croissant dont la concavité est tournée en haut. Lorsque la partie moyenne de ce croissant est au niveau de la pupille, si cette ouverture est libre il reste pendant quelque temps stationnaire, parce que l'excédant du liquide s'épanche dans la chambre postérieure de l'œil. Enfin, lorsqu'il y a niveau entre la collection purulente placée au-devant de l'iris et celle qui existe en arrière de cette cloison, le centre de la tache s'élève; elle perd la forme semi-lunaire, et bientôt elle obscurcit la totalité de la cornée. Il est rare que la maladie en vienne à ce point; presque toujours l'amas du pus reste au dessous de la pupille. Dans les cas heureux, le pus est absorbé et disparaît peu à peu; on peut espérer cette terminaison lorsque les accidens sympathiques et la douleur cessent promptement; mais très-souvent la pupille reste étroite et immobile, et la cornée plus ou moins opaque. Dans les autres cas, les accidens locaux dépendant de la distension des tissus persistent, ainsi que les accidens sympathiques; la cornée s'enflamme, s'ulcère, se perfore, et le pus épanché se fait jour au dehors. Alors la douleur et les autres accidens s'apaisent, et le malade guérit. Mais la cornée, dans le plus grand nombre des cas, a perdu sa transparence pour toujours, souvent l'iris fait hernie par la perforation de cette membrane et reste adhérent à sa face postérieure, et la pupille est déformée. Enfin, dans quelques cas rares, l'ouverture spontanée est suivie de l'évacuation complète de l'œil.

L'inflammation des membranes séreuses de l'œil n'est jamais une maladie simple : on a déjà vu que la conjonctivite s'y joint toujours comme cause ou comme effet. Ce que nous avons dit de la marche de la maladie et des accidens qu'elle détermine prouve que, dans l'empyème de l'œil, il y a toujours inflammation concomitante de l'hyaloïde, de la rétine et de la choroïde, et que l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse est toujours accompagnée d'iridite, et souvent aussi de kératite.

*Traitement*. Il ne diffère pas de celui de la con-

jonctivite très-violente. Lorsque le pus est formé, et les accidens calmés par les évacuations sanguines, le meilleur moyen d'obtenir la résorption du liquide épanché est d'insister fortement sur les révulsifs appliqués aux tempes, derrière les oreilles ou mieux à la nuque, et surtout, si le canal digestif est sain, sur ceux qu'on dirige sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Le protochlorure de mercure proposé par Büel, et mis en usage par Saunders et Travers, paraît surtout jouir d'une grande efficacité. On a aussi cherché à favoriser l'absorption par l'usage des topiques. Janin regardait presque comme spécifiques les fomentations d'infusion de fleurs de mauve, et Nannoni, celles d'eau tiède. Les oculistes modernes ont employé des topiques plus efficaces, parmi lesquels on a surtout vanté les collyres vitrioliques animés avec l'alcool camphré. Mais on sent que ces derniers moyens ne peuvent être mis en usage que quand il n'existe plus aucune trace d'inflammation, ce qui est rare. Enfin, on a cru qu'on pourrait hâter la guérison à l'aide de certains moyens physiques ou chirurgicaux. Galien rapporte qu'un de ses contemporains, nommé Justus, secouait fortement la tête de ses malades pour faire descendre le pus vers la partie inférieure de l'œil. Mauchard, dans les cas où le pus était épanché derrière l'iris, faisait placer ses malades sur un lit, la tête basse, et exerçait alors des frictions sur la partie inférieure de l'œil pour faire remonter le liquide jusqu'à la pupille, et le faire passer par cette ouverture dans la chambre antérieure, où il pensait que l'absorption était plus active. On a pensé aussi qu'il conviendrait de donner, par une incision, issue au liquide épanché. Galien est le premier qui ait fait cette opération. Elle a été tentée par A. Paré, Lazare Rivière, Maître-Jan, Saint-Yves, Nuck, Mékreen, Bidloo, Woolhouse, etc.; mais l'expérience a prouvé aux oculistes modernes que cette opération doit être rejetée, comme méthode générale, et que la simple incision de la cornée renouvelle et aggrave les accidens au lieu de les apaiser. Cependant elle ne doit pas être totalement repoussée de la pratique, car elle peut être d'une grande utilité toutes les fois que les accidens sont un effet de la violente distension des membranes oculaires; et, dans ce cas, il ne faut pas balancer à la pratiquer. Le procédé le plus simple consiste à faire placer le malade comme pour l'opération de la cataracte. Si la collection a son siége dans le corps vitré, on plonge un bistouri dans la sclérotique, et l'on fait une incision transversale, assez grande pour donner une issue libre au pus et aux humeurs de l'œil. Si les accidens sont produits par un *hypopion*, on fait avec un couteau à cataracte une incision à la cornée transparente, analogue à celle de l'opération de la cataracte par extraction, mais moins grande d'un tiers, et l'on traite ensuite le malade comme s'il avait subi cette opération. Nous indiquerons, en parlant des maladies de la cornée, les soins à donner lorsque cette membrane s'est perforée spontanément.

### De l'iridite.

Quoique l'iris n'appartienne pas aux membranes séreuses, nous plaçons l'histoire de son inflammation après celle des membranes séreuses de l'œil, parce que ces phlegmasies existent souvent réunies, que long-temps on les a confondues sous le nom commun d'*ophthalmie interne*, et enfin parce que l'iris n'ayant pas d'analogue parmi les autres tissus de l'économie, et la nature de celui qui lui est propre n'étant pas bien déterminée, nous avons pensé que sa phlegmasie serait mieux placée ici qu'ailleurs. Cette inflammation est souvent accompagnée de celle de la cornée, ou de celle de la choroïde, ou de celle des procès ciliaires; mais on l'observe encore assez fréquemment isolée, pour qu'on ait pu l'étudier avec soin. Elle se montre sous forme aiguë ou chronique, et sous forme continue ou intermittente.

*Causes.* Les causes de l'iridite sont encore les mêmes que celles de la conjonctivite; mais on signale plus spécialement celles qui exaltent la fonction de l'organe de la vue, telles que la lumière trop intense, les veilles, les lectures prolongées, les corps très-brillans, etc. Les hommes qui, comme les verriers, travaillent exposés à une lumière vive, accompagnée d'une grande chaleur, en sont souvent affectés. Les changemens de température paraissent influer sur sa production. Tous les auteurs s'accordent à regarder le virus syphilitique comme une des causes fréquentes de cette phlegmasie; M. Travers pense que l'abus du mercure peut aussi la produire.

*Symptômes et marche.* Un seul œil est ordinairement affecté dans l'iridite. Le malade éprouve d'abord à cet œil et au fond de l'orbite une douleur gravative, prolongée, continuelle, et accompagnée d'un larmoiement abondant. Bientôt l'iris se colore en jaune, puis en rouge successivement plus vif; il s'épaissit, prend un aspect fongueux, se contracte, et la pupille se rétrécit. On voit se détacher de toute la surface antérieure de la membrane des filamens celluleux et floconneux jaunâtres qui lui donnent un aspect tomenteux, et dont quelques uns se portent même dans la pupille, s'y rapprochent, et y forment quelquefois un réseau assez serré pour intercepter presque complètement le passage des rayons lumineux. Le contour interne de l'iris est alors tuméfié et replié vers le cristallin. Lorsque l'inflammation est très-violente, la plus faible lumière est insupportable; l'œil se cache sous la paupière supérieure; les douleurs sont des plus vives, et s'étendent à une plus ou moins grande partie de la tête; le pouls devient dur et fréquent; la chaleur de la peau s'accroît; l'appétit se perd; la soif s'allume, et souvent il survient du délire. Dans quelques cas, les vaisseaux injectés de l'iris se rompent, et il se fait un épanchement de sang dans les chambres de l'humeur aqueuse.

L'inflammation n'envahit pas toujours l'iris toute entière; elle se borne quelquefois à une partie de cette membrane, et tantôt elle commence par le bord pupillaire, et tantôt par le bord ciliaire. Les autres membranes de l'œil participent presque toujours, plus ou moins, à l'irritation; la conjonctive surtout s'injecte autour de la cornée, et il en résulte une auréole rose, qui persiste chez quelques sujets après la guérison, et s'accroît par

la cause la plus légère. Ce signe indique le renouvellement de l'irritation de l'iris, et devient par conséquent le signal de précautions contre l'action des causes.

L'iridite présente quelques particularités dans ses symptômes chez les individus affectés de maladie vénérienne. La douleur, l'impression de la lumière et le larmoiement paraissent plus considérables que ne l'indique l'intensité de l'inflammation. Il existe presque toujours une douleur fixe, profonde, paraissant siéger dans l'os frontal, et qui occupe le sourcil et la partie supérieure et antérieure du crâne. Cette douleur revient tous les soirs, s'accroît jusqu'à minuit et se dissipe graduellement au commencement du jour; elle s'accompagne d'un accroissement de la rougeur de l'œil et de tous les symptômes de l'inflammation. La vue reste affaiblie pendant quelques heures après ces accès; le malade goûte à peine un peu de repos pendant le jour, et ses souffrances ne tardent pas à l'épuiser (1).

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée moyenne de l'iridite aiguë est de huit à dix jours; à l'état chronique, elle peut se prolonger indéfiniment. Cette phlegmasie se termine par résolution, par suppuration, ou par le passage à l'état chronique. La suppuration peut avoir lieu de deux manières : ou bien il se forme un abcès dans l'épaisseur de la membrane, ou bien du pus est sécrété à sa surface, et s'épanche dans les chambres de l'œil, en telle quantité parfois qu'il s'élève jusqu'au dessus de la pupille. Dans ces derniers cas, sans doute, l'inflammation s'étend aux membranes séreuses de l'œil. Lorsque l'iridite passe à l'état chronique, la membrane reste quelquefois contractée, ce qui rétrécit l'ouverture pupillaire; d'autres fois des productions fongueuses se développent à sa surface. Dans un très-grand nombre de cas l'iris contracte des adhérences, soit avec la cornée transparente, soit avec la capsule cristaline, soit avec les procès ciliaires; ou bien il est déchiré dans un ou plusieurs points, et il en résulte autant de pupilles qui nuisent à la vision. Lorsque l'iridite reconnait le virus syphilitique pour cause, on voit se développer, à la circonférence extérieure et au bord pupillaire de l'iris, des excroissances arrondies, rougeâtres ou brunâtres, qui acquièrent quelquefois un volume considérable, et produisent des accidens graves. Il arrive encore, dans cette même circonstance, que l'iris s'ulcère, ainsi que la cornée et la sclérotique, que la désorganisation cancéreuse s'empare de toutes ces parties. Enfin des ulcérations se forment parfois sur les paupières, en même temps que des exostoses se développent au contour de l'orbite et à la racine du nez, et que la carie s'empare des os voisins (2). Le pronostic de l'iridite est toujours grave; elle est plus difficile à guérir à l'état chronique qu'à l'état aigu.

*Traitement.* Le traitement de la conjonctivite est encore celui qui convient contre l'iridite; mais comme le danger est des plus pressans, il faut employer les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. Les saignées générales doivent être employées d'abord, au bras, au pied, ou à l'artère temporale, et l'on doit en seconder l'effet par les applications de nombreuses sangsues autour de l'orbite. Les émolliens, les narcotiques appliqués froids, et même les topiques glacés, seront employés d'une manière permanente et continue sur le globe de l'œil. En même temps on tiendra le malade dans le repos le plus parfait, dans l'obscurité, à la diète la plus absolue, et on lui donnera des boissons délayantes et légèrement laxatives. On pourra même, si les voies digestives sont exemptes d'irritation, exercer une révulsion à l'aide des purgatifs et des lavemens irritans. Les Anglais et les Allemands font un grand usage du proto-chlorure de mercure dans cette maladie, et disent en retirer d'excellens effets : autant vaut ce purgatif qu'un autre. Lorsque l'iridite dépend du virus syphilitique, on doit la traiter par les mêmes moyens antiphlogistiques, tant que dure la période d'acuité: mais lorsqu'elle est passée à l'état chronique, il faut avoir recours aux mercuriaux. On fait usage, avec succès, d'une pommade d'onguent mercuriel et d'opium, ou d'une légère dissolution de deuto-chlorure de mercure avec addition de laudanum, que l'on emploie sur l'œil même. On remédie fréquemment au rétrécissement de la pupille, qui persiste quelquefois après la guérison de l'iridite, par l'extrait de belladone. Enfin, quand du pus s'est accumulé dans les chambres de l'œil, s'il irrite les parties avec lesquelles il est en contact, s'il y entretient une phlegmasie chronique, il faut lui donner issue par une incision faite à la cornée transparente; dans les cas contraires, l'opération est inutile et pourrait devenir dangereuse. (*Voy.* l'article précédent.)

### De l'arachnoïdite.

On donne ce nom à l'inflammation de l'arachnoïde, soit qu'elle occupe l'arachnoïde cérébrale, soit qu'elle ait son siége dans l'arachnoïde rachidienne. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente. Nous décrirons séparément l'arachnoïdite cérébrale et l'arachnoïdite rachidienne.

#### Arachnoïdite cérébrale aiguë.

L'inflammation aiguë et continue de l'arachnoïde du cerveau a été décrite par les auteurs sous une foule de noms différens. C'est ainsi qu'elle a été tour à tour désignée par les noms de *phrénésie*, *fièvre maligne*, *fièvre ataxique*, *fièvre cérébrale*, *hydrocéphale aiguë*, *apoplexie séreuse*, *apoplexie méningée*, *arachnitis* et *méninginite*. Nous emploierons exclusivement celui d'*arachnoïdite*.

*Causes.* Tous les tempéramens sont également disposés à contracter l'arachnoïdite cérébrale, mais l'enfance et l'âge adulte en sont plus fréquemment atteints que l'âge mûr et la vieillesse, et les hommes plus souvent que les femmes. Ses causes occasionelles sont : les percussions du crâne, l'insolation, les phlegmasies aiguës ou chroniques du cerveau, les passions tristes, une vive frayeur, la

(1) Additions de MM. Bégin et Fournier au *Traité des principales maladies des yeux*, par Scarpa, tom. I, page 469.
(2) Bégin et Fournier, *ouvrage cité.*

présence d'un érysipèle à la face, et surtout au derme chevelu, l'application du feu sur la tête, la guérison trop rapide de la teigne par les répercussifs, la suppression du suintement qui se fait habituellement derrière les oreilles des enfans, toutes les violentes douleurs, la dentition difficile, l'abus du café, de l'opium, des liqueurs alcooliques; les miasmes qui produisent le *typhus*, la *fièvre jaune* et la *peste;* l'inflammation de la membrane muqueuse des voies digestives, celle d'une autre membrane séreuse, et enfin toutes les causes ordinaires des phlegmasies, telles que la suppression d'un exanthème d'un écoulement sanguin ou purulent habituel, l'omission d'une saignée, etc.

*Symptômes.* Ceux du début sont en général assez vagues, à moins que l'invasion ne soit brusque. Ils consistent dans une céphalalgie plus ou moins vive; de la tristesse, de l'abattement, de la tendance à l'assoupissement, quelquefois l'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur; d'autres fois le ralentissement de la circulation et la diminution de la température. Mais ces symptômes sont trop vagues pour faire soupçonner l'inflammation de l'arachnoïde; chez les enfans, et souvent chez les adultes, ils accompagnent ceux de la gastro-entérite : il est cependant essentiel de les faire connaître, afin que le praticien se tienne sur ses gardes lorsqu'il les observe et qu'il ne sait à quel organe les rapporter. Mais les suivans, qui leur succèdent ou apparaissent dès le début, ne laissent aucun doute sur l'existence de l'arachnoïdite : ce sont, la vive céphalalgie, le délire, le coma, les mouvemens convulsifs des membres, leur contracture, les soubresauts des tendons, l'immobilité de la pupille dans l'état de dilatation ou de contraction, quelquefois sa dilatation et sa contraction alternatives, la rotation du globe de l'œil, le strabisme, le serrement des mâchoires, le grincement des dents, la déviation de la bouche, le crachotement continuel, l'écume à la bouche, la rougeur et la pâleur alternatives de la face, la surdité ou l'exaltation de l'ouïe, le réveil en sursaut pendant la nuit, les cris et les vociférations. Il n'est même pas besoin que tous ces symptômes se trouvent réunis, ce qui d'ailleurs n'a jamais lieu, pour caractériser cette inflammation; il suffit de la réunion de quelques uns d'entre eux, tels que le délire, les convulsions sans paralysie, et la céphalalgie. MM. Parent-Duchatelet et Martinet pensent que le délire appartient plus spécialement à l'arachnoïdite de la convexité des hémisphères cérébraux, et les mouvemens convulsifs du globe de l'œil, sa rotation et la dilatation des pupilles, à l'arachnoïdite de la base et des ventricules. C'est cette dernière qui attaque le plus communément l'enfance. Des vomissemens sympathiques accompagnent souvent l'arachnoïdite, le hoquet survient quelquefois à la fin, la paralysie de tout un côté ou des deux moitiés du corps se manifeste souvent dans la dernière période, et peu de temps avant la mort. Le pouls est souvent plus lent que dans l'état naturel, surtout lorsqu'il y a épanchement, ou bien il reste dans l'état normal; quelquefois il est irrégulier et fréquent, parfois intermittent et irrégulier, d'autres fois dur et vibrant; et, presque toujours, dans ce dernier cas, l'œil est étincelant, le regard fixe et audacieux, et le malade exerce des actes de fureur. La chaleur est presque toujours augmentée; elle est, dans quelques cas, inégalement répartie à la surface du corps.

Il ne faut pas croire cependant qu'il soit toujours facile de reconnaître l'arachnoïdite chez les enfans. On voit en effet tous les symptômes que nous venons de décrire, se manifester chez eux à l'occasion des gastro-entérites, et n'en être que les effets sympathiques. On ne parvient très-souvent alors à sortir d'incertitude qu'en se rappelant les phénomènes morbides qui ont ouvert la scène; si le trouble a commencé par les fonctions cérébrales, il est probable que l'inflammation a son siége principal dans l'arachnoïde; si les symptômes gastriques ont eu l'initiative, c'est très-probablement dans la muqueuse des voies digestives qu'elle existe. On peut établir, en thèse générale, que dans les trois quarts des circonstances les voies digestives ont été le point de départ des désordres. Dans les cas douteux, il y a donc trois à parier contre un que le foyer du mal est dans l'estomac et les intestins; mais, comme nous l'avons déjà dit en parlant de la gastro-entérite, pour plus de sûreté on doit alors attaquer l'inflammation dans ses deux siéges probables en même temps.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Quelquefois l'arachnoïdite suit une marche progressive d'accroissement; ce qui l'a fait diviser en trois périodes : la première, formée par les symptômes vagues que nous avons dit ouvrir souvent la scène; la seconde, par les symptômes caractéristiques de la maladie; et la troisième, par l'assoupissement, le coma, l'abolition des fonctions intellectuelles et la paralysie, qui sont des symptômes de compression du cerveau quelle qu'en soit la cause. Mais rien n'est moins constant que cette marche; et, dès l'invasion, la maladie peut présenter les symptômes de la seconde et même de la troisième période; c'est dans ce dernier cas qu'elle a reçu le nom impropre d'*apoplexie séreuse*. Cette phlegmasie dure, terme moyen, dix à douze jours; elle est souvent funeste avant ce terme, quelquefois en trois jours, et même en vingt-quatre heures; elle se prolonge rarement au delà du vingtième jour, et, à plus forte raison, au delà du vingt-cinquième ou du trentième : cela arrive cependant quelquefois. Sa terminaison la plus ordinaire est la mort, elle passe parfois à l'état chronique; les exemples de guérison sont peu communs. Il suit de là que le pronostic est toujours grave.

*Caractères anatomiques.* Les diverses lésions que l'on trouve à l'ouverture des cadavres de ceux qui ont succombé à l'arachnitis, disent MM. Parent-Duchatelet et Martinet (1), peuvent se réduire : 1° à une simple rougeur de l'arachnoïde; 2° à l'épaississement, à l'augmentation de densité et à la perte complète de transparence de cette membrane; 3° à une exsudation purulente, séro-purulente, séro-gélatineuse à sa surface; 4° à la formation de fausses membranes; 5° à un épanchement séreux dans les ventricules, entre les feuillets de l'arachnoïde ou dans le tissu

(1) *Ouvrage cité*, page 67.

cellulaire qui l'unit à la pie-mère, avec une ou plusieurs des lésions énoncées ci-dessus. Ajoutons à cela qu'on a trouvé, dans quelques cas rares, du sang épanché entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Ces lésions sont communes à l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

*Traitement.* La saignée générale, pratiquée au pied, au bras, à la jugulaire ou à l'artère temporale, est, sans contredit, le moyen le plus puissant à opposer à l'arachnoïde cérébrale aiguë, et celle du pied mérite la préférence. Mais il faut y avoir recours de bonne heure, et donner une large issue à l'écoulement du sang; car on a remarqué que les bons effets en sont d'autant plus marqués qu'on soustrait une plus grande quantité de ce liquide dans un plus court espace de temps. Les sangsues au cou, aux tempes ou derrière les oreilles, doivent être employées en même temps que les saignées générales, et on doit en laisser très-long-temps couler les piqûres. Chez les jeunes enfans et les sujets débiles, on ne peut pas employer les saignées générales, et l'on se borne aux applications de sangsues. M. Blaud, de Beaucaire, propose la compression des artères carotides, et dit en avoir retiré de bons effets. Les ventouses scarifiées ne remplacent qu'incomplètement les autres évacuations sanguines. Après l'emploi de ces moyens, vient immédiatement celui des pédiluves chauds, simples ou rendus irritans par l'addition du sel, de la moutarde ou de la potasse, ou de l'acide hydro-chlorique. On les remplace quelquefois par les sinapismes ou les vésicatoires : les premiers surtout sont même plus fréquemment employés que les pédiluves; ils sont aussi plus efficaces, parce que leur action est plus prolongée et plus certaine; mais il faut s'en abstenir chez les personnes très-irritables ou très-sanguines. On a obtenu de bons effets, dans quelques cas, d'un large vésicatoire appliqué sur la tête. Nous avons retiré quelques avantages de son application à la nuque. Un moyen puissant, qu'il ne faut pas négliger, consiste dans l'application de vessies remplies d'eau froide ou de glace pilée sur la tête. Les affusions d'eau froide sur la même partie, le corps étant plongé dans un bain chaud, font quelquefois disparaître très-promptement tous les symptômes de la congestion cérébrale, mais elles sont presque toujours suivies d'une violente réaction, qui peut devenir dangereuse, et elles ont en outre l'inconvénient d'exposer le malade à contracter une inflammation du poumon ou de la plèvre. Cependant il ne faut pas renoncer à ce moyen énergique; on doit seulement l'employer avec beaucoup de précautions. M. Itard conseille les bains de vapeur de vinaigre et d'infusions de fleurs de sureau, tandis qu'on promène une éponge imbibée d'eau froide sur la tête.

On a beaucoup vanté les frictions mercurielles, mais leur efficacité est au moins douteuse. Il n'en est pas de même du calomélas administré à l'intérieur; lorsque les voies digestives sont sans irritation, ce médicament opère une révulsion salutaire sur la surface étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les purgatifs salins, l'huile de ricin, le sirop de nerprun, l'eau émétisée, etc., agissent de la même manière; est-ce avec la même efficacité ? cela nous paraît probable, mais le proto-chlorure de mercure (calomélas) est généralement préféré. Si les voies digestives sont irritées ou enflammées, il est évident que les boissons délayantes doivent seules être prescrites avec les évacuations sanguines épigastriques, et la diète la plus sévère si le cas l'exige. Lorsqu'elles sont saines, nous pensons que l'on peut permettre au malade l'usage du bouillon léger, celui de poulet, par exemple, malgré l'arachnoïdite, à moins qu'elle ne soit trop intense. Les préparations d'opium sont toujours nuisibles dans cette affection; l'éther et le musc sont d'un faible secours. On a proposé le trépan pour évacuer le liquide contenu dans l'arachnoïde; c'est presque une folie.

### Arachnoïdite cérébrale chronique.

C'est l'inflammation chronique de l'arachnoïde cérébrale; chez les enfans, on la désigne par le nom d'*hydrocéphale chronique*.

*Causes.* Cette phlegmasie succède quelquefois à l'état aigu, mais il est plus ordinaire de la voir débuter sous la forme chronique. Les causes en sont obscures, on cite cependant les coups et les chutes sur la tête, le travail de la dentition, l'habitation dans les lieux bas et humides, la répercussion d'un exanthème, et au moment de la naissance, une compression trop forte ou trop prolongée du crâne par les organes de la mère, ou l'impression d'un air trop froid sur la tête nue du nouveau-né. Mais les auteurs ont presque tous oublié de tenir compte des deux ordres de causes les plus efficaces de cette phlegmasie, savoir : les irritations gastriques et les affections morales tristes.

*Symptômes et marche.* La céphalalgie est le symptôme le plus constant de l'arachnoïdite chronique comme de l'aiguë; cependant il manque quelquefois, et, chez les très-jeunes enfans, on ne peut savoir s'il existe. Quoi qu'il en soit, voici quels sont les autres symptômes de l'arachnoïdite chronique chez les enfans. Le petit malade est triste, grognon; le mouvement lui répugne; il cherche le repos et passe des journées entières assis, rêveur ou assoupi, la tête penchée, et le visage alternativement rouge et pâle; le front est brûlant, le sourcil froncé, la langue et la peau sont sèches. Vers le soir, il survient un peu de chaleur, de soif et de fréquence du pouls. Dans la nuit son sommeil est agité, il se réveille en sursaut et en criant, il s'assied brusquement dans son lit, il grince des dents, fait quelquefois des grimaces, regarde avec un air d'étonnement et même de stupidité les personnes qui l'entourent, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et se recouche bientôt. Cet état peut durer vingt, trente et quarante jours, et conduire à la mort par le marasme; mais le plus ordinairement la maladie passe à l'état aigu, ou bien des symptômes de compression du cerveau se manifestent par l'effet de l'accumulation de la sérosité dans les ventricules, et, dans ce dernier cas, l'assoupissement se change en coma, les cris alternent avec la stupeur, les membres sont tour

à tour agités de mouvemens convulsifs et comme frappés de paralysie, la respiration est lente, plaintive et suspirieuse, les paupières se paralysent, le visage devient bouffi, et une convulsion générale est bientôt suivie de la mort. Quelquefois, au lieu de cette terminaison rapide, les premiers symptômes que nous avons décrits restent à peu près stationnaires, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que la tête augmente de volume, les os du crâne s'écartent, le front s'élève et s'avance sur les yeux, la peau s'amincit dans l'intervalle des sutures, les os eux-mêmes semblent devenir transparens, la stupeur et l'insensibilité augmentent, les facultés intellectuelles s'abolissent, la parole et le mouvement deviennent de plus en plus difficiles, la vue et l'ouïe s'émoussent, les joues et les paupières deviennent bouffies, la paralysie frappe les membres supérieurs, et enfin des convulsions viennent terminer la scène. (*Hydrocéphale chronique* des auteurs.)

Chez les adultes, les symptômes de l'arachnoïdite chronique sont moins bien connus que chez les enfans. La céphalalgie, l'exaltation des sens de la vue et de l'ouïe, et les mouvemens convulsifs paraissent en être les signes les moins équivoques. Elle est, selon quelques auteurs, la cause fréquente de la folie; elle produit souvent, suivant d'autres, les attaques de l'épilepsie. Il reste de nombreuses recherches à faire sur ce point de la science.

*Durée, terminaisons et pronostic.* L'arachnoïdite chronique dure depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années; elle se termine presque toujours par le passage à l'état aigu, ou par une accumulation de sérosité dans les ventricules cérébraux, ou par l'extension de l'inflammation à la substance cérébrale, et dans ces cas, par la mort; et enfin, dans quelques cas, malheureusement trop rares, par la guérison. Le pronostic est des plus graves.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres des individus qui ont succombé à l'arachnoïdite chronique, on trouve la membrane arachnoïde rouge et injectée, et plus ordinairement épaissie, opaque, blanchâtre, dense, granulée, adhérente dans divers points de son étendue, et parfois osseuse. On rencontre quelquefois de la sérosité limpide ou sanguinolente ou purulente dans les ventricules cérébraux, ou sur les hémisphères. Lorsque l'accumulation de sérosité est abondante au point de constituer l'*hydrocéphale*, on trouve le derme chevelu aminci, les os du crâne écartés, le cerveau déplissé et réduit à une membrane si l'épanchement a été très-considérable. Cet organe est quelquefois dissous dans le liquide, mais cela n'a lieu que dans l'hydrocéphale congéniale dont il sera question ailleurs.

*Traitement.* Les bases du traitement de l'arachnoïdite chronique sont les mêmes que pour l'arachnoïdite aiguë. Les saignées locales pratiquées derrière les oreilles, au cou, mais surtout aux narines, doivent être cependant préférées aux saignées générales, surtout chez les enfans; elles doivent être secondées par l'emploi des révulsifs. Parmi ces derniers moyens, les plus puissans sont: les vésicatoires volans, le séton au cou, les moxas tempérés sur la tête, à la manière du docteur Regnault, et les ventouses scarifiées ou sèches derrière les oreilles. L'emploi du calomélas à l'intérieur est regardé comme très-efficace par quelques médecins; comme purgatif, et opérant une révulsion sur le tube intestinal, ce médicament peut être utile, mais nous ne croyons pas qu'il possède les propriétés en quelque sorte spécifiques qu'on lui attribue; les autres purgatifs agiraient sans doute avec autant d'efficacité. On emploie aussi le diurétiques avec avantage. Quant aux frictions mercurielles tant vantées, elles sont rarement suivies de succès. On a proposé et pratiqué même la ponction du crâne dans le cas d'hydrocéphale, mais toujours sans succès. La compression de la tête au moyen de bandes ou de bonnets étroits et résistans, toujours inutile, a été souvent dangereuse.

Depuis quelque temps, nous avons adopté contre cette maladie, chez les enfans, un plan de traitement dont les bons effets ont surpassé nos espérances. Nous faisons plonger tous les jours ou tous les deux jours nos petits malades dans un bain; nous les y laissons d'une à deux heures, et pendant tout le temps qu'ils y séjournent, on leur mouille fréquemment la tête avec une éponge trempée dans l'eau même du bain. Quelques grains de calomélas leur sont admininistrés dans la journée, jusqu'à procurer deux à trois selles; nous en suspendons immédiatement l'emploi si la peau s'échauffe, pour y revenir aussitôt que la calme est rétabli. En même temps, nous faisons graisser chaque soir le derrière des oreilles avec de la pommade de garou portée au bout du doigt; nous la remplaçons par un peu de beurre frais si l'irritation devient trop vive. Enfin, si le front est chaud, on le tient constamment couvert d'un linge trempé dans l'eau fraîche. Une boisson délayante et un régime tenu sont en même temps prescrits. Les applications de sangsues derrière les oreilles ou aux tempes ne deviennent nécessaires que lorsque les symptômes prennent une intensité insolite. Nous engageons les praticiens à essayer ce mode de traitement.

### Arachnoïdite cérébrale intermittente.

On vient de voir que les symptômes de l'arachnoïdite chronique sont presque toujours intermittens; l'arachnoïdite aiguë affecte quelquefois aussi ce caractère. C'est celle que l'on a décrite sous le nom de *fièvre pernicieuse*, *céphalique*, *délirante*, *soporeuse*, *ataxique*. Des observations en sont aujourd'hui assez nombreuses. Outre celles que le docteur Mongellaz a rapportées dans son ouvrage (1), MM. Parent-Duchâtelet et Martinet en ont rassemblé six ou sept exemples des plus intéressans dans leur travail sur l'arachnoïdite; et M. Itard en a publié un cas très-remarquable dans le *Journal universel des sciences médicales* (2). Les causes et les symptômes sont, à l'intermittence près, les mêmes que ceux de l'arachnoïdite continue. Le traitement est celui de toutes les phlegmasies intermittentes, c'est-à-dire antiphlogistique

(1) *Ouvrage cité*, tome I, pages 181 et suivantes.
(2) Tome XXXII, pages 351 et suivantes.

et révulsif pendant les accès, et stimulant, anti-périodique dans l'apyrexie. Le quinquina jouit dans cette irritation intermittente de la même efficacité que dans les autres affections de même nature. Mais on obtient difficilement la guérison de cette phlegmasie, si on ne la traite à la fois par les anti-phlogistiques et les révulsifs pendant les accès, et le quinquina dans l'apyrexie.

### Arachnoïdite rachidienne ou spinale.

L'inflammation de l'arachnoïdite spinale est devenue depuis trop peu de temps l'objet de l'attention des observateurs, pour qu'il soit possible encore d'en tracer une histoire satisfaisante. Nous ferons reconnaître ce que les travaux de MM. Parent-Duchâtelet et Martinet (1), et Ollivier d'Angers (2) en ont appris. Elle est connue sous les noms d'*arachnitis* ou *arachnoïdite rachidienne* ou *spinale*.

On ne connaît pas les causes particulières de cette phlegmasie ; on sait seulement que les fortes contusions, les piqûres des membranes et la carie des vertèbres la produisent quelquefois, et l'on pense que les efforts violens peuvent aussi la faire naître. Les seuls symptômes qu'on lui connaisse sont : le renversement du tronc en arrière, ou plutôt la contraction permanente des muscles de la partie postérieure du tronc, depuis le degré de la simple rigidité musculaire jusqu'à celui de l'opisthotonos, une douleur plus ou moins étendue dans la région du rachis, et peut-être des douleurs dans les membres inférieurs avec raideur de ces parties, et la difficulté de la respiration. Quelques auteurs pensent qu'elle est la cause directe du tétanos. (Voyez cette maladie.)

On possède encore trop peu de faits pour pouvoir déterminer la marche ordinaire et la durée moyenne de cette affection ; cependant le petit nombre de ceux que l'on a observés tend à faire croire que la marche en est toujours rapide, et la durée de dix à quinze jours. M. Ollivier d'Angers rapporte une observation dans laquelle la maladie a duré trente jours. Le même observateur cite un fait qui prouve que cette phlegmasie peut passer à l'état chronique. La mort en est presque constamment le résultat. On rencontre à la suite de cette phlegmasie les mêmes lésions qu'après celle de l'arachnoïdite cérébrale. Les saignées générales, les sangsues appliquées en grand nombre le long de la colonne vertébrale et de chaque côté des apophyses épineuses, les bains entiers, prolongés pendant plusieurs heures, ceux de vapeurs émollientes, administrés dans le lit même du malade, les vésicatoires, et si la phlegmasie passe à l'état chronique, les cautères et les moxas ; enfin, à l'intérieur, les boissons délayantes et la diète, tels sont les moyens que réclame la nature même de la maladie.

## De la pleurite.

On désigne sous ce nom l'inflammation de la plèvre. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

### Pleurite aiguë.

Inflammation aiguë de la plèvre, *fluxion de poitrine*, *pleurésie* (1).

*Causes*. Les deux plus puissantes, les plus efficaces, sont l'impression d'un air froid sur la peau, tandis que le corps est en sueur, et l'ingestion d'un liquide trop frais ou glacé dans la même circonstance. Ces deux causes produisent seules les trois quarts des pleurésies aiguës qu'on observe. Viennent ensuite les coups, les chutes, les contusions et les plaies du thorax, les efforts violens qui suspendent la respiration, les quintes de toux prolongées, le frisson des irritations intermittentes, et l'inflammation du poumon ou celle d'une autre membrane séreuse. Enfin nous plaçons en troisième ligne les grandes opérations, les violentes inflammations extérieures, la suppression d'un écoulement habituel, sanguin, purulent ou autre, la répercussion d'un exanthème, etc.

*Symptômes*. On ne peut méconnaître l'existence de la pleurite aiguë aux caractères suivans : douleur pongitive ou lancinante dans un des côtés de la poitrine, ordinairement fixe et circonscrite au dessous de l'un ou l'autre sein (*point pleurétique*), plus rarement dans les autres points, quelquefois étendue à tout un côté de cette cavité, augmentant par l'inspiration, la toux et l'éternuement, et s'opposant à la libre et pleine ampliation du thorax ; dyspnée, difficulté et quelquefois impossibilité de se coucher sur le côté douloureux, toux sèche et accompagnée seulement de crachats glaireux et presque incolores. Il existe presque constamment avec ces symptômes caractéristiques, chaleur à la peau, rougeur de la face, perte de l'appétit, et dureté, fréquence, et petitesse ou force du pouls. Lorsque l'inflammation occupe toute ou presque toute l'étendue de la membrane, la douleur se fait sentir en différentes directions ; souvent elle traverse le tronc de part en part ; les parois thoraciques sont immobiles, et la respiration se fait par l'abaissement du diaphragme ; le malade se tient assis et penché en avant ; il a la face très-décomposée, les joues fort rouges ; il n'ose tousser ; l'anxiété est extrême (2). Les symptômes sont à peu près les mêmes lorsqu'il y a exhalation sanguine à la surface de la plèvre enflammée ; seulement la douleur est ordinairement plus circonscrite et en même temps atroce, elle est plutôt brûlante que pongitive. Enfin, quand l'inflammation a son siége sur la plèvre sus-diaphragmatique, les principaux symptômes sont : une douleur plus ou moins vive le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'étendant le plus souvent dans les hypocondres et quelquefois jusque dans le flanc, et augmentant par la pression, l'in-

(1) *Ouvrage cité*, pages 547 et suivantes.
(2) *Ouvrage cité*, pages 265 et suivantes.

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, tome I, pag. 173 et suivantes.—Laennec, *De l'Auscultation médiate*, etc., tome I, pag. 398 et suivantes ; tome I, pag. 416, etc.—Andral, *Clinique médicale*, etc., tome II, pag. 388 et suivantes.
(2) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tome I, pages 255.

spiration, le mouvement et tous les efforts; l'immobilité complète du diaphragme dans l'inspiration; une grande anxiété, exprimée surtout par l'altération subite des traits; une orthopnée presque constante avec inclinaison du tronc en avant; quelquefois le hoquet et plus rarement des nausées et vomissemens (1). Dans tous les cas, un frisson plus ou moins vif marque ordinairement l'invasion de la pleurite.

Mais les signes de la pleurésie ne sont pas toujours aussi évidens que nous venons de le tracer. La douleur, la dyspnée, la toux manquent quelquefois; le cylindre vient alors imprimer au diagnostic tout le degré de certitude désirable. Les signes que fournit cet instrument sont : la diminution considérable ou l'absence totale du bruit de la respiration, et l'apparition, la disparition et le retour de l'*égophonie*. Ils indiquent l'existence d'un épanchement pleurétique et son abondance. L'absence de la respiration est presque totale lorsque l'épanchement est considérable; on entend seulement un peu le murmure de la respiration le long de la colonne vertébrale. Quand on ausculte le malade en commençant par la partie supérieure de la poitrine et en descendant graduellement, le bruit respiratoire cesse tout-à-coup de se faire entendre quand on arrive à la hauteur de l'épanchement, on n'entend point de râle immédiatement au-dessus, et l'absence de la respiration est égale, uniforme et complète, ce qui la distingue de l'absence de la respiration qui accompagne la pneumonite. L'*égophonie*, ou la résonnance de la voix sous le cylindre, qui est tremblotante et saccadée comme celle de la chèvre et participe du timbre de la voix de cet animal, l'*égophonie*, disons-nous, paraît à l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable, le son à être mat, et la respiration moins sensible dans le côté affecté; elle disparaît quand l'épanchement devient très-abondant; elle peut persister pendant plusieurs mois, quand l'épanchement reste long-temps au même point; elle reparaît de nouveau quand il commence à diminuer; et elle disparaît entièrement et pour toujours lorsqu'il est réduit à très-peu de chose (2). Un autre signe, d'autant plus facilement appréciable que les malades sont plus maigres, mais moins constant et moins sûr que les précédens, consiste dans la dilatation plus grande du côté du thorax où se fait l'épanchement, lorsqu'il est considérable; elle disparaît à mesure que le liquide accumulé est résorbé : la matité du son ajoute à la certitude de ces signes. Enfin, en regardant la poitrine nue chez les enfans, on distingue presque toujours que le côté du thorax affecté de pleurite, se dilate moins que le côté sain. Ce signe nous a souvent été d'un grand secours; il est rare chez les adultes, parce que les parois thoraciques sont beaucoup moins souples et moins mobiles; nous l'avons cependant remarqué assez de fois pour nous étonner que les auteurs ne l'aient pas signalé.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la pleurite varie suivant l'intensité de l'inflammation. Tantôt rapide, elle se termine en deux ou trois jours, par la mort ou la guérison; d'autres fois plus lente, elle se prolonge pendant vingt-cinq ou trente jours. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution, du quatrième au cinquième jour; assez souvent elle passe à l'état chronique. Les épanchemens divers qui l'accompagnent deviennent fréquemment un obstacle à sa guérison. C'est toujours une maladie grave, soit par elle-même soit par les suites qu'elle entraîne.

*Caractères anatomiques.* La plèvre enflammée, ou qui vient de l'être, est rouge, striée, ponctuée; ses vaisseaux sanguins sont injectés et beaucoup plus rouges et plus apparens que dans l'état naturel. Elle est en outre opaque, recouverte parfois de granulations; et l'on trouve presque constamment dans sa cavité une quantité plus ou moins grande de sérosité épanchée. Cette sérosité est ordinairement de couleur citrine ou légèrement fauve, très-liquide et aqueuse; mais elle tient presque toujours en suspension des flocons de fibrine décolorée plus ou moins concrète. Quelquefois la membrane est recouverte d'une couche de véritable pus; souvent la couche étendue en nappe, est consistante et ressemble à la couenne inflammatoire du sang; c'est alors une *fausse membrane*. On rencontre quelquefois des brides de même nature allant de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, en traversant le liquide épanché. Enfin, dans quelques cas rares, on a vu du sang épanché, exhalé, dans la cavité pleurale.

*Traitement.* Tous les médecins conseillent et pratiquent la saignée générale plus ou moins répétée suivant l'intensité de la phlegmasie et la force du malade; tous vantent les bons effets des sangsues en grand nombre sur le point douloureux, avec la saignée générale si la phlegmasie est intense, seules si elle est légère; tous aussi conseillent l'emploi d'un vésicatoire sur le siége de la douleur; mais seulement après que les symptômes ont été considérablement diminués par les saignées. Lorsque l'épanchement et la douleur persistent après la disparition des symptômes généraux de la maladie, il faut insister sur l'emploi des vésicatoires, et en appliquer plusieurs successivement; c'est souvent le seul moyen d'empêcher la maladie de passer à l'état chronique. Quelques médecins préfèrent en pareil cas les ventouses au vésicatoire; nous les croyons aujourd'hui moins efficaces après leur avoir aussi donné pendant long-temps la préférence. On administre en même temps des boissons tièdes, émollientes, gommeuses, pectorales ou légèrement diaphorétiques; des loochs blancs, de légers narcotiques pour calmer la toux, etc.; l'on tient le malade à la diète la plus sévère. On lui recommande le silence, et on le préserve avec soin de l'impression d'un air trop frais. Si un flux hémorrhoïdal ou l'écoulement des règles ont été supprimés immédiatement avant ou après l'invasion de la pleurite, il faut chercher à rappeler ces écoulemens, par les sangsues, à l'anus, à la vulve, et par la saignée du pied, en même temps que l'on

(1) *Observations sur l'inflammation de la plèvre diaphragmatique*, par M. Andral fils, de l'Académie royale de Médecine; *Archives générales de Médecine*, tome III, pag. 246 et suivantes, et *Clinique médicale*, tome II, page 555.

(2) Laennec, *De l'Auscultation médiate*, tome I, pag. 138 et suiv. 153 et 154.

combat directement la phlegmasie par les moyens indiqués.

Pleurite chronique (1).

C'est l'inflammation chronique de la plèvre, la *pleurésie chronique* et l'*hydrothorax* des auteurs.

*Causes.* Elle succède souvent à la pleurite aiguë; elle reconnaît, au reste, les mêmes causes agissant avec moins d'intensité, et principalement parmi elles, les percussions répétées du thorax, les secousses de la toux, les efforts, le frisson des irritations intermittentes, la frayeur, l'horreur et la surprise, qui agissent en diminuant subitement l'action perspiratoire de la peau.

*Symptômes.* La pleurite chronique était très-souvent difficile à reconnaître avant la découverte du cylindre. La toux sèche redoublant par les exercices et durant la nuit, une douleur peu vive dans un point du thorax, le décubitus sur le côté douloureux, le teint d'un jaune pâle sans rougeur des pommettes, un amaigrissement peu marqué, de la dyspnée, la matité du son, et la circonstance que ces symptômes succédaient souvent à une pleurésie aiguë non douteuse, étaient, dans les cas les plus évidens, les seuls indices qu'on possédât de l'existence de cette phlegmasie. On y joint aujourd'hui les signes fournis par l'auscultation; ce sont les mêmes qui indiquent l'existence d'un épanchement dans l'état aigu, c'est-à-dire l'absence du bruit de la respiration et l'égophonie. Lorsque cet épanchement est considérable, le malade ne peut se coucher que sur le côté de la poitrine occupé par le liquide; ce côté est souvent plus bombé que l'autre; il est œdématié ainsi que le bras correspondant, et l'on entend quelquefois le bruit que fait le flot du liquide, lorsqu'on imprime au tronc une secousse un peu vive. Cette collection de liquide a reçu le nom d'*hydrothorax*.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la pleurite chronique est toujours lente, et sa durée peut être de plusieurs années. Il est rare d'en obtenir la guérison, si l'épanchement est considérable; le pronostic en est toujours grave.

*Caractères anatomiques.* Ils sont à peu près les mêmes que ceux de la pleurite aiguë. La rougeur est seulement en général plus prononcée, l'épanchement plus abondant, moins limpide, plus rempli de flocons albumineux; il se rapproche davantage du pus; il a souvent de l'odeur, ce qui est très-rare dans la pleurite aiguë. Même après une longue durée de la phlegmasie, on ne trouve souvent encore aucune trace d'organisation dans les fausses membranes; elles sont quelquefois comme macérées au milieu du liquide, sans cependant avoir contracté une odeur bien prononcée. Le poumon est ordinairement refoulé par le liquide épanché, sous la clavicule, vers le médiastin et la colonne vertébrale, et parfois réduit à un très-petit volume. Une ouverture établit quelquefois une communication entre la cavité pleurale et l'intérieur du poumon ou d'une excavation tuberculeuse, et par conséquent avec l'air extérieur. (Voyez *Phthisie.*)

*Traitement.* Si la pleurite conserve encore des caractères de l'état aigu, on peut, on doit même tenter quelques saignées locales sur le point douloureux. Les ventouses scarifiées conviennent mieux que les sangsues pour cet objet; la diète est alors aussi nécessaire que dans l'état aigu, et les mêmes boissons doivent être employées. Si au contraire, la douleur est peu vive, et la chaleur de la peau et la fréquence du pouls à peine marquées, il faut insister sur les ventouses, ou mieux, placer des vésicatoires répétés sur la poitrine le plus près possible du point douloureux. On emploie en même temps, avec avantage, les vêtemens de laine sur la peau, l'usage des légers diaphorétiques et des diurétiques, et quelques narcotiques pour calmer la toux; parmi les diurétiques qui ont été employés avec le plus de succès, la scille et surtout la digitale méritent la préférence. M. Duparcque regarde les frictions avec la pommade stibiée, pratiquées comme nous l'avons déjà indiqué à l'occasion de la pneumonite chronique, comme le moyen le plus efficace pour hâter la résorption du liquide épanché. On seconde l'effet de ces moyens par le repos, l'abstinence de tous les alimens et liquides stimulans, et un régime doux. Quelques médecins ont proposé l'opération de l'empyème pour donner issue au liquide accumulé dans la plèvre. On cite quelques exemples de guérisons obtenues par ce moyen; Morand en rapporte un fait dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (1).

Pleurite intermittente.

On lit dans les auteurs quelques exemples de pleurésies intermittentes. Lautter en rapporte deux observations très-intéressantes (2); Starck en cite également plusieurs faits (3); M. Arloing en a observé un exemple (4); enfin, Sauvage dit avoir vu « une vraie pleurésie, accompagnée de tous » les signes pathognomoniques, laquelle était » pourtant intermittente; de manière que le ma- » lade avait la pleurésie de deux jours l'un, et » paraissait ensuite se bien porter. » On a fait de ces pleurites intermittentes, des *fièvres intermittentes sous la forme de véritables pleurésies*, des *fièvres intermittentes pernicieuses pleurétiques* (Alibert), etc. Répéterons-nous, comme à l'occasion de toutes les phlegmasies intermittentes que la nature de ces affections n'est nullement changée par le type; que les causes de la pleurite intermittente sont les mêmes que celle de la pleurésie aiguë et n'en diffèrent que par le mode d'action, que les symptômes sont semblables dans l'une et dans l'autre; et que le traitement par le quinquina administré entre les accès et par les antiphlogistiques pendant leur durée, en prévient le retour?

(1) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tome I, page 173.

(1) Tome II, page 545.

(2) Lautter, *Hist. medic. bienn. rural. morb.* cassus 5 et 9.

(3) Stark, *Observ. de febrib. intermitt.*

(4) Arloing, *Journal général de Médecine*, tome LVIII.

### De la péricardite (4).

On nomme ainsi l'inflammation de la membrane séreuse qui enveloppe le cœur. Elle existe sous forme aiguë et sous forme chronique; on ne l'a pas observée intermittente.

*Causes.* Elles sont peu connues; cependant on sait que toutes celles qui produisent la pleurite peuvent étendre leur action jusqu'au péricarde. Il paraît que les phlegmasies des articulations, et principalement celle qu'on connaît sous le nom de *goutte*, disposent à la péricardite, et deviennent même quelquefois la cause indirecte de son développement lorsqu'elles sont répercutées. Nous pensons que quelques grandes passions, telles que l'ambition et ses tourmens, la jalousie, les remords et les chagrins produits par la perte d'un objet tendrement aimé, font naître quelquefois la péricardite aiguë, et souvent la péricardite chronique. Mais les coups sur la région du cœur, et l'extension de l'inflammation des parties voisines en sont des causes bien plus évidentes. On l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes; la constitution sanguine y prédispose.

*Symptômes.* Ils sont en général fort obscurs, ce qui tient en grande partie à ce que la péricardite existant rarement isolée, ses symptômes sont masqués par ceux des phlegmasies de la plèvre, du poumon ou du cœur, qui l'accompagnent presque toujours. Si cependant un malade éprouve de la douleur et un sentiment de chaleur brûlante à la région du cœur; qu'il ait le pouls irrégulier, d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes qui contrastent d'une manière très-remarquable avec la force des battemens du cœur et le peu de chaleur de la peau; s'il ne peut faire un mouvement dans sa chambre ou son lit sans tomber en syncope, et qu'en même temps il éprouve des angoisses, une anxiété inexprimable et de la dyspnée, et que ses traits soient profondément altérés, on peut avancer qu'il est atteint d'une péricardite aiguë. La percussion et le cylindre n'ajoutent presque rien à la valeur de ces signes; quelquefois le son est mat dans la région du cœur, et les battemens de cet organe, assez forts, présentent, à des intervalles plus ou moins longs, des pulsations plus faibles et plus courtes, qui correspondent à des intermittences du pouls. L'absence de l'égophonie contribue à la faire distinguer de la pleurite.

Il est encore plus difficile de diagnostiquer la péricardite chronique que l'aiguë; quand cela devient possible, on la reconnaît aux mêmes symptômes que nous avons exposés précédemment, à l'intensité près. Lorsqu'elle est accompagnée d'un épanchement considérable de liquide dans la cavité de la membrane (*hydropéricarde*), il faut joindre à ces symptômes, « la sensation d'une fluctuation dans la région du cœur, un sentiment de poids à cette même région, des battemens tumultueux et obscurs, et qui semblent arriver à la main à travers un corps mou. Ces battemens du cœur se font sentir et entendre dans un cercle très-étendu; dans certains momens, on les sent mieux dans un point de ce cercle que dans d'autres, et ce point varie à chaque instant: tantôt il est à droite, tantôt à gauche. Le pouls est petit, fréquent et irrégulier; les extrémités, le tronc même et les tégumens de la région précordiale sont œdématiés; le malade ne peut se tenir un instant dans la position horizontale, sans se sentir menacé de suffocation; il éprouve assez fréquemment des syncopes, rarement des palpitations. » Quelques auteurs, Reimann et Saxonia, assurent que les malades sentent le cœur nager dans une grande quantité d'eau; nous ne savons si ce symptôme existe réellement dans tous les cas, mais nous avons vu un malade n'oser faire un léger mouvement dans son lit, parce que, disait-il, il sentait aussitôt *quelque chose lui tomber sur le cœur et le lui noyer*, ce qui lui faisait perdre connaissance. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes une péricardite avec épanchement, etc. Sénac dit avoir vu le flot du liquide épanché dans l'intervalle des 3e, 4e et 5e côtes; Corvisart croit l'avoir senti, et le docteur Boisseau assure l'avoir vu et touché chez un sujet scorbutique (1).

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Lorsque la péricardite est très-intense, elle est mortelle en peu de jours; elle peut se prolonger assez long-temps sous la forme chronique, mais elle est presque toujours funeste.

*Caractères anatomiques.* Ce sont les mêmes que dans toutes les membranes séreuses, savoir: la rougeur plus ou moins vive, une exhalation de sérosité variable en consistance, en couleur, en quantité et en qualité; des adhérences avec les parties avoisinantes, et principalement avec le cœur; l'épaississement et l'opacité du péricarde, la formation de fausses membranes, les granulations, l'ossification, et quelquefois une exhalation sanguinolente.

*Traitement.* Les moyens que l'on peut diriger contre cette phlegmasie sont en petit nombre. Dans son plus haut degré d'intensité, on doit la combattre par les saignées générales répétées. Dans la nuance sub-aiguë, il est encore avantageux d'en commencer le traitement par une ou deux saignées du bras, suivant la force du malade. Dans l'un et l'autre cas, il faut avoir recours aux applications de sangsues sur la région du cœur, après qu'on a diminué la violence des symptômes par les saignées générales. Les émissions sanguines locales conviennent seules dans la péricardite chronique; on en seconde les effets par les révulsifs, tels que sinapismes, vésicatoires et moxas appliqués sur la région même du cœur. Enfin les boissons délayantes, gommeuses, émollientes, mucilagineuses, légèrement nitrées, les diurétiques, tels que la scille et la digitale, la diète ou un régime doux, l'abstinence de tous les stimulans, et le soin d'éviter toutes les émotions vives, concourent efficacement, sinon à la guérison, du moins au soulagement du malade. Nous parlerons des procédés qui ont été proposés et mis en usage pour donner issue au liquide accumulé dans le péricarde, lors-

(1) Corvisart, *Essai sur les maladies du cœur.*—Laennec, *De l'Auscultation médiate.* — Bertin et Bouillaud, *Traité des maladies du cœur.*

(1) *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, tome IX, art. *Hydropéricarde.*

que nous traiterons de l'hydropéricarde en particulier.

De la péritonite.

L'inflammation de la membrane séreuse abdominale n'est bien connue que depuis les travaux de Bichat sur les différens tissus, et la thèse de M. Gasc *sur la maladie des femmes à la suite des couches.* Jusqu'alors, sous les noms de *gastrite, omentite*, *mésentérite, entérite*, *cystite*, *métrite*, etc., elle était confondue avec les phlegmasies de la plupart des organes contenus dans l'abdomen. On la désignait chez les femmes en couche, par le nom vague de *fièvre puerpérale*, en émettant les idées les plus erronées sur sa nature. Depuis les deux auteurs cités, d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons Corvisart, Bayle, Laennec, MM. Broussais, Scoutetten (1), A. Dugès (2), A.-C. Baudelocque (3), Tonnellé (4), ont publié d'importantes recherches sur cette phlegmasie; et c'est aujourd'hui une de celles dont l'histoire est la plus complète. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

Péritonite aiguë.

C'est l'inflammation aiguë du péritoine.

*Causes.* Elle peut être produite par tous les irritans directs de la membrane, tels que : la compression des parois abdominales, les coups, les chutes et les plaies sur cette partie; la présence d'un corps étranger dans l'abdomen, comme dans la grossesse extra-utérine, dans les cas d'épanchement de sang, de bile, d'urine ou de matières stercorales; l'inflammation d'une partie voisine, l'étranglement d'une hernie, les efforts violens et long-temps soutenus, les secousses de la toux et du vomissement. On la voit souvent aussi se développer sous l'influence de l'air froid et humide, à la suite de l'immersion dans l'eau froide, par le froid humide des pieds, par le séjour des vêtemens mouillés sur le corps, après l'ingestion d'une boisson glacée lorsque le corps est en sueur, à la suite d'une indigestion violente, et à l'occasion de la suppression des menstrues : on pense qu'elle peut être épidémique. Mais la circonstance dans laquelle la péritonite se montre le plus fréquemment, c'est à la suite de l'accouchement. Dans cette circonstance en effet, on voit souvent naître cette phlegmasie sous l'influence de la cause la plus légère. Mais elle se développe surtout à l'occasion de tout ce qui peut supprimer brusquement l'écoulement des lochies ou la sécrétion du lait : comme l'impression du froid, la colère ou la joie excessive, la terreur, la tristesse. Il arrive fréquemment sans doute que la suppression de ces sécrétions est l'effet et non la cause de la péritonite, mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi, comme le veulent quelques auteurs, il n'est que trop certain que la frayeur et la colère par exemple, peuvent supprimer tout à coup les lochies et faire naître immédiatement une péritonite violente; l'observation en fournit chaque jour la preuve. Cette phlegmasie se développe encore fréquemment à la suite de manœuvres pour terminer l'accouchement, telles que l'introduction de la main dans l'utérus, l'emploi du forceps, surtout lorsque ces opérations ont été longues et difficiles ou maladroitement pratiquées. Elle naît aussi sous l'influence de toutes les violences telles que les coups, les chutes sur le ventre pendant la grossesse, lorsque ces violences déterminent l'avortement; l'opération césarienne et la rupture de la matrice la provoquent inévitablement. On la voit encore survenir à la suite des pertes utérines abondantes, et par l'effet des moyens même à l'aide desquels on tente d'arrêter ces pertes, comme l'application du froid, la compression et le tamponnement. Le séjour prolongé d'un enfant mort dans l'utérus prédispose à la contracter; la présence de caillots de sang corrompu, celle du placenta putréfié, en sont des causes assez fréquentes; enfin, les écarts de régime, la constipation opiniâtre, ou la rétention prolongée des urines, ont quelquefois suffi pour la déterminer; l'allaitement l'a produite aussi dans quelques cas. On a remarqué qu'elle attaquait fréquemment les femmes déjà atteintes d'une phlegmasie aiguë ou chronique dans un organe quelconque. (*Si mulier, utero gerens, morbo aliquo minime cognato laboret, in partus purgatura perit.* Hippocrate, *De naturâ pueri,* sec. III; pag. 229, édit. Foës.). La viciation de l'air dans les hôpitaux par la présence de miasmes délétères la fait régner quelquefois épidémiquement dans ces établissemens et lui imprime ordinairement un caractère de gravité effrayante. Tout ce que l'on a dit de sa propriété contagieuse nous paraît dénué de fondement; il en est de même de l'opinion qui attribue une grande influence sur sa production à la présence de prétendues saburres ou matières putrides dans les voies digestives; à notre avis, cette influence est chimérique.

En général, à la suite des couches, l'inflammation commence par l'utérus, et de cet organe se propage au péritoine; pendant tout le cours de la maladie, elle occupe ces deux siéges; aussi les péritonites puerpérales sont-elles bien rarement simples; ce sont, dans la plupart des cas, des métro-péritonites. Cela nous explique en partie leur gravité. (Voyez *Phlébite utérine* et *Métrite.*)

*Symptômes.* Après un frisson d'une plus ou moins longue durée, souvent sans qu'aucun symptôme précurseur se soit manifesté, et quelquefois après des douleurs vagues qui se sont fait sentir dans les différens points de l'abdomen, il survient une douleur vive, brûlante, pongitive, fixe ou mobile, circonscrite ou étendue, dans cette même région abdominale. Cette douleur est tellement intense

(1) *Mémoire sur la péritonite*, par Scoutetten, D. M. P. *Annales de la Médecine physiologique*, octobre 1828.

(2) *Des causes de la péritonite puerpérale* : Journal de Médecine, tome I, pages 175 et 340 — *Mémoire sur les tracès cadavériques de la péritonite puerpérale* : même journal, tome 6, page 129.

(3) *Traité de la péritonite puerpérale*, par A. C. Baudelocque : in-8. Paris, 1830. Nous recommandons cet ouvrage à l'attention des praticiens, comme la meilleure monographie sur la péritonite des femmes en couches et le meilleur guide qu'ils puissent consulter dans le traitement de cette grave maladie.

(4) *Mémoire sur la péritonite puerpérale*, Archives de Médecine, 1830.

parfois, que le malade ne peut pas supporter le plus léger poids sur le ventre; celui des couvertures même le gêne; il est impossible de lui palper l'abdomen. Souvent aussi elle est moins intense, mais la pression abdominale l'augmente aussitôt. Le malade est couché sur le dos, il ne peut qu'avec beaucoup de difficulté garder une autre position; le mouvement aggrave ses douleurs. En examinant l'abdomen, on voit les hypocondres tendus, et l'on distingue assez ordinairement une sorte de tumeur oblongue et rénitente, formée par les circonvolutions intestinales enflammées et agglomérées. Le ventre se gonfle, se ballonne; il survient des hoquets, des nausées, et même des vomissemens qui font horriblement souffrir le malade; la respiration est courte, parce que les grandes inspirations, en refoulant le diaphragme sur le péritoine enflammé, augmentent les souffrances; la constipation est opiniâtre; quelquefois cependant il y a diarrhée, surtout chez les femmes en couche; le pouls est petit, très-fréquent, la face est *grippée*, c'est-à-dire que le front est ridé et que les traits semblent être tirés vers le sommet du nez qui est effilé; enfin les extrémités sont froides.

Depuis ce degré le plus élevé de la péritonite aiguë jusqu'au degré qui se rapproche le plus de la péritonite chronique, les nuances sont infinies, et il existe telle de ces nuances, dans laquelle la douleur abdominale, la rétraction du ventre et la constipation opiniâtre sont les seuls signes qui annoncent l'inflammation du péritoine; dans quelques cas même, la douleur en est l'unique symptôme; et lorsque la péritonite est partielle, cette douleur peut même n'occuper qu'une très-petite étendue. Mais il en est une qui s'annonce par quelques caractères particuliers que nous devons faire connaître, c'est la *péritonite hémorragique*. Dans cette forme de la maladie, la douleur est extrêmement vive (1), le pouls devient tout à coup faible et lent, la peau se refroidit et se décolore, les traits de la face s'affaissent et le malade dit ressentir une douce chaleur dans l'abdomen, comme si on lui faisait couler un peu d'eau tiède dans cette cavité (2).

Il n'est pas rare de voir la péritonite des femmes en couche compliquée de pleurésie, et cette complication déjà grave par elle-même, est d'autant plus redoutable, que souvent elle s'annonce à peine par quelques symptômes, et que la difficulté de faire prendre aux malades les positions convenables pour bien ausculter et percuter la poitrine ne permet presque jamais de s'aider du secours de ces deux moyens d'exploration. M. Baudelocque regarde le sentiment de gêne et la douleur que les malades éprouvent derrière la partie inférieure du sternum, comme des signes presque certains de l'inflammation de la plèvre dans cette circonstance (3).

Les autres maladies avec lesquelles peut se compliquer la péritonite puerpérale sont l'encéphalite, la méningite, la péricardite, la pneumonite, la bronchite, toutes les angines et enfin l'inflammation des membranes synoviales. Cette dernière complication est même assez fréquente.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la péritonite aiguë est ordinairement rapide. Elle peut donner la mort en vingt-quatre heures; elle dépasse rarement le terme de quinze à vingt jours, à moins qu'elle ne passe à l'état chronique ou qu'elle guérisse, ce qui a lieu du dixième au quinzième jour. Cependant, on l'a vue quelquefois se prolonger pendant trente à quarante jours à l'état aigu. Elle se termine par résolution, par suppuration ou épanchement, par gangrène et par l'état chronique. Le pronostic est toujours grave; il l'est surtout chez les femmes en couche; il varie d'ailleurs suivant l'étendue qu'occupe l'inflammation, son intensité, son ancienneté, l'état général de l'individu, etc.

*Caractères anatomiques.* On rencontre sur les cadavres des individus qui succombent à la péritonite aiguë, le péritoine rouge, épaissi, quelquefois brun, noirâtre par plaques, et même gangrené; des fausses membranes non organisées, du pus ou une exsudation puriforme étendue en nappes, un épanchement de sérosité, limpide ou trouble, ou rougeâtre, et contenant souvent des flocons de fibrine décolorée en suspension; quelquefois du sang liquide, ou en caillots rouges et épais, ou bien étendus en forme de membranes minces. Il est digne de remarque que dans la péritonite des femmes en couche, la sérosité qui s'épanche dans la cavité du péritoine est presque toujours (et peut-être toujours) lactescente, et tient en suspension des flocons de fibrine décolorée beaucoup plus fréquemment que cela ne s'observe dans les péritonites ordinaires. Sans admettre avec les partisans exclusifs de l'humorisme que le lait entre pour quelque chose dans cette altération de la sérosité, nous pensons cependant que cette circonstance mérite l'attention des praticiens. En général, on ne tient peut-être pas assez compte des circonstances dans lesquelles se développent les maladies.

*Traitement.* Il se compose d'un petit nombre de moyens; ce sont: les saignées générales, au début, chez les individus forts et sanguins, mais surtout les sangsues en grand nombre sur les points douloureux, à la vulve ou à l'anus, dans les cas de suppression de menstrues, de lochies ou de flux hémorrhoïdal, et répétées tant que la douleur persiste. Pour retirer tout le bien possible des évacuations sanguines, il faut toujours les pratiquer de bonne heure et les faire abondantes dans le but de faire avorter la phlegmasie dès le début, et l'empêcher, s'il se peut, d'arriver à la période où l'épanchement commence. On ne peut jamais les remplacer par les ventouses scarifiées, qui causent beaucoup de douleur, fournissent peu de sang, effrayent les malades et obligent à laisser le ventre trop long-temps exposé à l'air. Lorsque la violence des symptômes a été diminuée par les saignées générales et locales, le bain tiède, dans lequel on laisse le malade pendant plusieurs heures, produit les plus heureux effets, mais son efficacité paraît restreinte aux péritonites; elle est plus que dou-

(1) Broussais, *Phlegmasies chroniques*, tome II, page 42, 2e édition.

(2) Scoutetten, *Anatomie pathologique du péritoine; Archives générales de médecine*, tome IV, pages 491 et 492.

(3) *Ouvrage cité*, page 167.

teuse dans les péritonites puerpérales. On emploie en même temps les fomentations émollientes, les boissons mucilagineuses, acidules, et à peine tièdes, et la diète la plus sévère. Dans les premiers jours, si la péritonite est très-intense, il faut s'abstenir des lavemens de toute espèce; mais si elle est de moyenne intensité, ou qu'elle ait déjà diminué, on prescrit avec succès des quarts ou tout au plus des moitiés de lavemens mucilagineux et rendus narcotiques par l'addition de la décoction de têtes de pavot; les lavemens entiers nuisent par la distension qu'ils opèrent sur l'intestin. Quelques médecins, et surtout les Anglais, vantent beaucoup les bons effets du protochlorure de mercure; nous le croyons nuisible dans la violence du mal, mais il existe un si grand nombre de témoignages en sa faveur, que sans l'avoir expérimenté, nous pensons qu'il est efficace dans les péritonites peu violentes. Il est à remarquer que la plupart des auteurs qui le recommandent s'accordent à dire qu'il est plus avantageux s'il ne produit pas de selles que dans le cas contraire; aussi l'associent-ils aux narcotiques pour empêcher son action purgative. On le donne à doses graduellement croissantes, depuis quelques grains jusqu'à un et deux gros dans les vingt-quatre heures. M. Vandenzande, professeur au grand hôpital civil d'Anvers, l'a associé avec avantage à l'opium et à l'extrait de jusquiame. Mais il conseille de s'en abstenir lorsqu'il existe des vomissemens ou de la diarrhée, surtout dans le premier cas, car il pense que lorsque la diarrhée est peu considérable, on peut encore l'administrer en augmentant la dose de l'opium. Dans le cas donc de vomissemens, et quand la diarrhée est considérable ou bien qu'elle s'aggrave sous l'influence du calomel, il le remplace par des frictions d'onguent mercuriel sur le ventre. Nous reviendrons plus tard sur cette dernière médication. D'autres médecins emploient avec avantage les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, la crême de tartre, le sulfate de soude, etc.; mais c'est principalement dans la péritonite des femmes en couche que ces agens réussissent, et lorsqu'ils ont été précédés par l'emploi des antiphlogistiques ou que la phlegmasie n'est pas très-vive. Il est certain que la constipation opiniâtre semble rendre plus grave la péritonite puerpérale, et que presque toujours les malades sont soulagés par les évacuations alvines modérées. Nous avons eu recours plus d'une fois à l'huile de ricin avec succès On a conseillé aussi l'usage du camphre et du quinquina séparément ou associés; Pouteau paraît avoir retiré de bons effets du premier de ces médicamens; il en faisait prendre quinze grains en doses très-rapprochées et ensuite quelques grains toutes les demi-heures; d'autres praticiens disent avoir employé ce médicament avec succès; nous n'y avons jamais eu recours.

Les bains de vapeurs et tous les sudorifiques administrés à l'intérieur ne sont que d'un médiocre secours dans le traitement de la péritonite aiguë. L'usage des vomitifs doit être sévèrement banni du traitement de cette maladie; les antispasmodiques sont toujours d'un très-faible secours et peuvent souvent beaucoup nuire; il vaut donc mieux n'y pas avoir recours, si ce n'est vers le déclin de la phlegmasie. Les révulsifs sont plus utiles; mais il faut les appliquer loin du siége de la douleur, et après l'emploi des évacuations sanguines; le vésicatoire placé sur le ventre est un moyen des plus dangereux.

On a préconisé dans ces derniers temps les frictions mercurielles sur le ventre, à des doses élevées et rapidement croissantes, depuis trois à quatre gros jusqu'à quinze ou seize dans les vingt-quatre heures. M. Vandenzande paraît avoir eu le premier l'idée de cette médication. Depuis la publication de son mémoire, les frictions mercurielles ont été essayées par plusieurs praticiens français, et en particulier par M. Velpeau. Ce médecin a réuni dans deux mémoires (1) un assez grand nombre d'observations qui semblent démontrer l'efficacité de cette médication, puisque quatorze malades sur dix-neuf ont été guéries pendant son emploi. Pour être efficaces, d'après ce médecin, les frictions doivent être pratiquées sur l'abdomen, avec toutes les précautions convenables pour ne pas augmenter les douleurs, et la main recouverte d'un gant, à la dose de deux ou trois gros toutes les deux heures; on les éloigne en même temps qu'on les réduit à un gros, lorsque les symptômes s'amendent d'une manière bien évidente; on les suspend tout-à-fait quand la salivation se manifeste. Il conseille d'en faire précéder l'emploi, dans le plus grand nombre des cas, par des émissions sanguines générales ou locales proportionnées à la force des malades et à l'intensité de l'inflammation, de les seconder par l'administration du calomelas à la dose de deux grains toutes les heures, et enfin d'y joindre les bains et de légers calmans à l'intérieur. Nous n'avons encore eu qu'une seule occasion d'expérimenter ce traitement, et nous l'avons fait sans succès, car, pour le dire en passant, sur plusieurs centaines d'accouchemens que nous avons pratiqués depuis que nous exerçons la médecine, nous n'avons rencontré qu'un très-petit nombre de péritonites, et deux seulement ont été mortelles; nous ne pouvons donc émettre qu'avec une extrême réserve notre opinion sur son degré d'utilité. Nous dirons toutefois, qu'en lisant sans prévention les faits rapportés par M. Velpeau, bien qu'il ne soit pas facile, dans le plus grand nombre des cas, de faire la part des mercuriaux dans le succès, attendu que des émissions sanguines, des bains et des calmans ont presque toujours été employés concurremment, on ne peut cependant se refuser à reconnaître que les frictions mercurielles ont contribué à la guérison. Faisons des vœux pour que de nouvelles expériences viennent réaliser promptement les espérances qu'il est permis de concevoir des premiers essais.

### Péritonite chronique.

C'est l'inflammation chronique du péritoine. Elle était à peine connue avant l'*Histoire des phlegmasies chroniques* (2).

(1) *Revue médicale*, janvier 1827, *Archives générales de médecine*, avril 1829.

(2) Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. II, pag. 397 et suivantes.

*Causes.* La péritonite chronique succède le plus ordinairement à l'aiguë. Cependant elle peut débuter sous cette forme, et les causes qui la produisent alors sont encore celles de l'aiguë, mais agissant plus lentement et avec moins d'énergie. Elle naît aussi sous l'influence d'une habitation malsaine, dans les lieux froids et humides, sous celle d'une pression continuelle exercée sur l'abdomen et dépendant de la profession, des marches forcées, des alimens de mauvaise qualité, de l'exposition au froid et à l'humidité, surtout pendant la nuit, au bivouac, par exemple, des épanchemens lents de tout genre dans la cavité abdominale, et du frisson des irritations intermittentes.

*Symptômes.* Ce sont les suivans (1) : une sensibilité continue du ventre, que l'on ne découvre quelquefois que par la pression, une légère tuméfaction avec rénitence, plus remarquable le soir, et lorsque la phlegmasie a déjà quelques jours d'existence; une fluctuation obscure qui se prononce de jour en jour davantage. La percussion que l'on exerce pour distinguer la présence du liquide est douloureuse; mais cette douleur n'est quelquefois sentie qu'à l'épigastre; les faux pas, les secousses, l'équitation, la toux et l'éternument la réveillent. Le sentiment d'une boule qui tournoie dans le ventre, et tend à se porter vers la gorge, a paru à M. Broussais correspondre à l'agglutination des intestins, qui forment, avec les glandes mésentériques engorgées, une masse ronde et mobile dans la cavité abdominale, souvent sans épanchement de fluide. A ces symptômes locaux s'ajoutent quelquefois un peu de fréquence du pouls et d'augmentation de la chaleur vers le soir, de la dyspnée dans la position horizontale lorsque l'épanchement est un peu considérable, quelquefois de la toux, parfois la perte de l'appétit; des urines rares et de plus en plus difficiles, et enfin l'œdème des extrémités inférieures lorsque la maladie a duré long-temps et que la mort approche. Enfin, dans quelques cas, les symptômes de la péritonite se bornent à la simple tuméfaction du ventre, à la constipation, et à une légère douleur. Ce dernier symptôme n'est souvent mis en évidence que par la pression exercée de chaque côté du ventre. Le volume graduellement croissant de l'abdomen, et la fluctuation qu'y fait percevoir le liquide, lorsque, appuyant la paume de la main sur un des côtés, on percute l'autre avec l'extrémité des doigts, sont les signes infaillibles de l'épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale. On nomme *ascite* cette accumulation de liquide. (Voyez *Ascite.*)

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Comme dans toutes les phlegmasies chroniques, la marche et la durée de la péritonite chronique sont difficiles à déterminer d'une manière même approximative. Elle se termine très-rarement par la guérison; la mort en est la conséquence presque inévitable. Cette issue funeste arrive, par le marasme, par l'hydropisie, souvent après plusieurs années de maladie, ou par l'exaspération subite de la phlegmasie.

(1) Broussais, *ibid*, page 495.

*Caractères anatomiques.* On trouve à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la péritonite chronique, un épanchement plus ou moins considérable entre les feuillets du péritoine, d'un fluide limpide et jaunâtre, ou trouble et laiteux, ou purulent, ou verdâtre, grisâtre, roux, fétide, tenant en suspension des flocons fibrineux, des fausses membranes, des adhérences, l'épaississement du péritoine, des granulations pisiformes et blanchâtres, de petits dépôts de matière pultacée, tuberculeuse, dans le tissu de la membrane; l'épaississement avec aspect lardacé, cancéreux, et parfois avec ulcération du tissu post et interpéritonéal et de l'épiploon; des épanchemens sanguins, des érosions, des ulcères, la gangrène, l'état cartilagineux du péritoine, l'ossification, les concrétions calcaires et les hydatides.

*Traitement.* Pour peu que la péritonite chronique conserve quelques caractères de l'état aigu, on doit la traiter par la même méthode, en proportionnant toutefois l'énergie des moyens à son intensité. Mais il faut beaucoup de persévérance dans l'emploi de la médication antiphlogistique pour obtenir de rares succès. Lorsqu'elle est ancienne, peu douloureuse, sans fréquence du pouls ni chaleur de la peau, les saignées locales sont peu efficaces, surtout s'il y a un épanchement un peu considérable. On peut cependant les essayer une fois ou deux autour du siége de la douleur, avant de commencer tout autre traitement. Lorsqu'il n'y a qu'un épanchement peu considérable, et à plus forte raison quand il n'en existe pas, si en même temps la douleur est circonscrite et qu'une tumeur rénitente soit appréciable, on place avec avantage dans ce point, des cautères dont on entretient pendant long-temps la suppuration. Les frictions sèches sur la peau, des bains de vapeur et les vêtemens de flanelle sont très-utiles. A l'intérieur, on prescrit les sudorifiques, les diurétiques si l'état des voies digestives le permet, sinon on se borne à l'emploi des boissons gommeuses, acidules; et tout au plus légèrement nitrées. Le laitage et les féculens doivent faire la base de la nourriture du malade.

### Péritonite intermittente.

De même que la plupart des autres phlegmasies, la péritonite peut être intermittente. Les exemples en sont rares. M. Mongellaz en cite une observation intéressante qui lui a été communiquée par le docteur Dupré; la péritonite s'y est montrée tierce et quarte (1); M. Senelle nous en a communiqué un exemple. Les deux autres faits rapportés par le docteur Mongellaz sont loin d'être aussi évidens. Elle constitue la *fièvre pernicieuse péritonitique* des auteurs. Elle n'offre dans ses causes, ses symptômes et son traitement, rien de plus particulier que les autres phlegmasies intermittentes.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

### Considérations générales.

Des organes si différens par leur texture composent ce système, qu'il devient presque impos-

(1) *Ouvrage cité*, tom. I, pag. 246.

sible d'en donner une idée anatomique et physiologique générale. Quelles différences dans la forme, le volume, la texture, etc., n'existe-t-il pas en effet entre les glandes de Meibomius et le foie, la prostate et les mamelles, les testicules et les glandes salivaires, les reins et l'amygdale, le pancréas et les glandes muqueuses? Cependant Ruisch a prétendu que tous ces organes étaient entièrement formés par des vaisseaux entrelacés. Malpighi a admis de petits corps de nature particulière, intermédiaires aux artères, aux veines et aux excréteurs. L'une et l'autre hypothèse tend, comme on le voit, à rapprocher les glandes sous le rapport de la texture. Mais sont-elles fondées, et, si elles le sont, ne se pourrait-il pas que l'une fût vraie pour certaines glandes et non pour les autres?

Toutes les glandes séparent, extraient du sang que leur apportent les artères, un fluide différent pour chacune d'elles, et le versent par un ou plusieurs conduits excréteurs sur les divers points des surfaces muqueuses. Une seule, la glande mammaire, verse à la surface de la peau le fluide qu'elle sécrète. Mais toutes donnent leur produit en plus grande abondance, lorsqu'une irritation directe ou sympathique agit sur l'extrémité de leurs conduits excréteurs ou non loin du lieu où ils viennent s'ouvrir. Ce sont à peu près là les seules analogies que présentent les diverses parties du système glandulaire. On ne voit pas deux glandes être liées entre elles par des sympathies bien marquées, ainsi que cela s'observe entre les diverses parties de la plupart des autres systèmes. Chaque glande a son existence pour ainsi dire isolée du reste du système, son degré d'irritabilité, ses sympathies particulières, et sa disposition différente à contracter les irritations.

Toutes les glandes sont susceptibles d'inflammation et de sub-inflammation, et plusieurs d'irritation sécrétoire. Aucune n'est affectée de névrose; la glande mammaire est quelquefois le siége d'une irritation hémorragique supplémentaire du flux menstruel. En général, la douleur de l'inflammation y présente le caractère d'être sourde et obtuse dans le grand nombre des cas. Il est à peine besoin d'ajouter que, dans toutes les irritations des glandes, les produits de leurs sécrétions sont augmentés ou diminués, et toujours plus ou moins altérés dans leur composition. Peu de médecins aujourd'hui osent soutenir que les fluides sécrétés puissent être altérés, accrus ou diminués, si les organes qui les élaborent n'ont préalablement subi un changement dans leur organisation.

Les influences qu'exercent les glandes irritées sur les autres organes sont en général peu nombreuses, tandis qu'au contraire les principales d'entre elles sont sympathiquement affectées par les irritations de tous ceux qui jouent un rôle un peu important dans l'économie. Dans l'état normal, leur sécrétion s'exerce principalement sous l'influence de l'excitation qui leur est transmise par la surface à laquelle viennent aboutir leurs conduits excréteurs; dans l'état pathologique il en est de même: aussi toutes les glandes ne s'irritent et ne s'enflamment, dans le plus grand nombre des cas, que sympathiquement à l'irritation des membranes muqueuse et cutanée. Ce n'est guère qu'à la suite des causes mécaniques, ou par l'extension par contiguïté de l'irritation des parties environnantes à leur tissu, que l'irritation s'y développe sans intermédiaire entre l'agent et l'effet.

Les phlegmasies des glandes sont, la *parotite*, l'*amygdalite*, la *mammite*, l'*hépatite*, la *pancréatite*, la *néphrite*, la *didymite*, la *prostatite*, et l'*ovarite*. Nous ne parlons pas de l'inflammation de la glande lacrymale, parce qu'on ne l'a encore observée que sur les cadavres. Guérin, cependant, dit avoir fait l'extirpation d'une glande lacrymale squirrheuse et considérablement accrue de volume. (Voyez *Désorganisations.*)

De la parotite.

La parotite est l'inflammation de la glande parotide. Elle est assez rare; plusieurs enfans cependant en sont atteints, mais elle ne les attaque en général qu'une fois, et on lui a donné, dans ce cas, le nom d'*oreillons*. On l'observe aussi chez les adultes et les vieillards, mais dans une circonstance presque unique; c'est comme symptôme ou complication du typhus. Celle des enfans est presque toujours produite par le froid humide, la présence des vers dans les voies gastriques, ou l'abus des purgatifs.

*Symptômes.* Quelques frissons, suivis de chaleur et de fréquence du pouls, précèdent ordinairement de quelques heures ou accompagnent l'invasion de la parotite des enfans; du gonflement se manifeste au dessous de l'une ou des deux oreilles, et il s'y joint bientôt de la chaleur, de la douleur, de la tension et une teinte légèrement rosée de la peau qui recouvre la parotide enflammée. Cet état augmente ordinairement jusqu'au quatrième ou cinquième jour, puis les symptômes de réaction s'effacent, la tumeur diminue et se résout complètement en quelques jours. Souvent la résolution de la tumeur se fait par une exsudation locale, quelquefois elle se termine par suppuration, d'autres fois par induration, et plus fréquemment on la voit disparaître presque subitement et être remplacée par l'inflammation du testicule chez l'homme et des mamelles chez la femme. Quelquefois l'engorgement testiculaire prend le caractère inflammatoire aigu; il peut avoir alors toutes les conséquences de la *didymite* ou *orchite*. (Voyez *Didymite.*) Les symptômes inflammatoires sont ordinairement beaucoup plus prononcés dans la parotite du *typhus* que dans les simples *oreillons*; le gonflement est considérable, la douleur vive, la rougeur intense et la chaleur ardente; en peu de jours un abcès se forme, s'ouvre et fournit à une abondante suppuration. Dans quelques cas, la suppuration de la parotide est suivie d'une fistule salivaire de cette glande. (Voyez *Fistules salivaires.*)

*Traitement.* Il suffit, en général, chez les enfans, de couvrir les tumeurs avec des cataplasmes émolliens, ou même avec des flanelles chaudes, de diminuer les alimens, de donner une boisson gommeuse, délayante ou acidule, et de prescrire quelques lavemens s'il y a constipation, pour voir tous les accidens se dissiper en peu de jours. Lorsque la tumeur disparaît, et qu'un testicule ou la

mamelle s'engorge, on emploie les mêmes topiques sur la nouvelle tumeur qui ne tarde pas à se résoudre. Quelques médecins conseillent de placer un vésicatoire sur la parotide pour rappeler l'inflammation à son siége primitif; dans le plus grand nombre des cas cela devient inutile. Enfin, si la tumeur a disparu du cou, du testicule ou de la mamelle, et s'il survient immédiatement des symptômes de la phlegmasie d'un organe important, il faut combattre cette phlegmasie par les moyens qui lui sont propres, et essayer de rappeler l'inflammation à son premier siége. Cette indication est alors des plus importantes à remplir.

### De l'amygdalite.

On nomme ainsi l'inflammation des amygdales. C'est l'*angine tonsillaire* et l'*esquinancie* des auteurs.

*Causes*. Certains individus ont une disposition toute particulière et inexplicable à contracter l'amygdalite pour la moindre cause. Les jeunes gens et les hommes d'un tempéramment sanguin y sont les plus exposés. Ordinairement c'est au printemps qu'elle est plus fréquente, à l'époque où la chaleur augmente rapidement. Elle se développe le plus communément sous l'impression d'un air froid, lorsque le corps est échauffé, et sous celle de l'humidité des pieds; elle est aussi produite assez souvent par le contact d'un liquide trop chaud ou trop froid, âcre ou caustique, ou par celui d'un air chargé de vapeurs irritantes. Les stimulations répétées de l'estomac et les indigestions fréquentes en favorisent le développement, et quelquefois même suffisent pour la produire. L'usage des alimens âcres en est aussi une des causes fréquentes. Nous l'avons vue très-souvent se développer chez les femmes à l'approche des règles et même au moment de leur apparition, sous l'influence de la cause la plus légère. Il suffit, par exemple, dans ces circonstances, d'une immersion passagère des mains dans l'eau froide ou d'un léger refroidissement des pieds, des bras, des épaules ou du cou, pour la faire naître.

*Symptômes*. L'invasion de l'amygdalite est tantôt subite et tantôt graduelle et peu intense. Dans le premier cas, voici ce qui se passe ordinairement : le malade est pris tout à coup d'un frisson violent, comme au début d'un accès de fièvre intermittente; ce frisson dure peu, il est promptement remplacé par une chaleur vive de tout le corps; bientôt le pouls s'accélère, il survient de la soif, des nausées et une céphalalgie plus ou moins forte. Cet état se prolonge depuis quatre ou six heures jusqu'à un jour entier; il est suivi de sueur, et laisse après lui un sentiment de brisement des membres plus ou moins considérable; et ce n'est très-souvent qu'après la terminaison complète de cet accès de fièvre, que le malade commence à s'apercevoir qu'il éprouve de la douleur en avalant sa salive et ses boissons. Si on l'examine alors, on trouve le pouls calme, la chaleur de la peau naturelle, la soif et la céphalalgie ne se font plus sentir; mais les nausées persistent, la bouche est pâteuse ou amère, la langue est recouverte d'un enduit limoneux ou jaunâtre, la luette est pendante, et une des amygdales ou toutes les deux sont rouges et tuméfiées. A partir de ce moment, la marche ultérieure de la maladie est la même que lorsque l'invasion a été graduelle et peu violente. L'inflammation s'annonce d'abord par une légère difficulté d'avaler et la sensation d'un corps étranger dans la gorge; une douleur plus ou moins vive ne tarde pas à se manifester; il s'y joint de la chaleur et un besoin continuel d'avaler. La déglutition est difficile, douloureuse, quelquefois même impossible; le malade crache avec peine des mucosités visqueuses et filantes qu'il ne détache qu'avec difficulté du fond de la gorge; il articule difficilement les sons, parfois même cela lui est tout-à-fait impossible; et lorsque le gonflement des deux amygdales est considérable, la respiration peut-être gênée, surtout lorsque du mucus s'accumule et augmente encore l'étroitesse du passage qui reste à l'air. En examinant le fond de la gorge au grand jour, ou à l'aide d'une lumière, on voit les amygdales plus ou moins augmentées de volume; elles se touchent quelquefois, ou ne laissent entre elles qu'un espace fort étroit; la portion de membrane muqueuse qui les recouvre est d'un rouge plus ou moins intense et souvent foncé; elle est sèche d'abord, et plus tard elle se recouvre ordinairement d'une matière blanchâtre, sébacée, disséminée par plaques, ou bien d'une couche grisâtre et membraniforme. Il est rare que la luette et le voile du palais ne participent pas un peu au gonflement et à la rougeur. L'inflammation s'étend assez souvent à la trompe d'Eustache, ce qu'annoncent la douleur de l'intérieur de l'oreille en avalant, et la dureté de l'ouïe. Enfin à ces symptômes locaux se joignent fréquemment, lorsque l'amygdalite est intense, de la soif, des nausées, la perte d'appétit, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, la sensibilité de l'épigastre et la constipation.

Dans quelques cas d'amygdalite très-intense, vers le sixième ou septième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard, la douleur devient gravative et sourde; en portant le doigt sur la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est ramollie, on y sent même quelquefois la fluctuation. Bientôt l'abcès s'élève en pointe, s'ouvre pendant un effort pour cracher, avaler ou vomir, ou pendant le sommeil, et livre passage à une quantité de pus souvent si petite, que l'odeur seule, qui est presque toujours repoussante, en annonce l'issue. L'abcès se déterge assez lentement; enfin ses parois se réunissent, et la cicatrice s'opère. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Quelquefois l'inflammation se propage jusqu'aux tégumens de la région sous-maxillaire, et le pus de l'amygdalite, joint à celui qui provient du tissu cellulaire abondant de cette région, se fait jour au dehors par cette voie. Enfin, dans quelques cas, heureusement fort rares, un phlegmon considérable se développe, le pus décolle la peau dans une plus ou moins grande étendue, il fuse le long des principaux troncs veineux et artériels, et pénètre ainsi dans la poitrine, où sa présence détermine bientôt des accidens inflammatoires promptement mortels. M. Londe a observé un exemple de cette terminaison funeste.

Ce ne sont pas seulement les amygdalites très-intenses qui se terminent ainsi par suppuration, et ce mode de terminaison est même plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Mais la quantité de pus presque toujours mêlé de sang qui s'échappe à l'ouverture de l'abcès est si faible, qu'on ne la remarque pas ou qu'on n'en soupçonne pas la source. On est cependant toujours averti de cette issue de la maladie par la cessation ou une diminution considérable et instantanée de la douleur locale et de la difficulté d'avaler. Chez quelques individus, d'ailleurs, l'amygdalite se termine toujours ainsi. Enfin, on peut souvent, en comprimant l'amygdale avec le doigt, faire sortir de petites portions de la matière qu'elle contient, par l'ouverture spontanée qui s'y est faite, ouverture qui quelquefois est visible.

Des symptômes généraux s'ajoutent presque toujours aux précédens lorsque l'amygdalite est intense. Tantôt ces symptômes consistent dans la chaleur et la moiteur de la peau, une forte coloration de la face, la pesanteur de la tête, de l'insomnie, une soif modérée, la présence d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre sur la langue, sans rougeur de la pointe ni du pourtour de cet organe, la dureté, la plénitude et l'accélération du pouls, et la rougeur de l'urine, dont l'excrétion est en outre accompagnée de douleur. Tantôt la peau est chaude et sèche, la tête très-douloureuse, l'épigastre brûlant et sensible à la pression, la soif très-vive, la langue rouge au pourtour et à la pointe, le pouls petit et très-fréquent, et le malade est tourmenté de nausées continuelles. Enfin, chez un assez grand nombre de malades, la bouche est pâteuse et le siége d'une saveur désagréable, l'haleine est fétide, et il existe de fréquentes envies de vomir. Il importe de ne pas confondre ces groupes de phénomènes; les premiers indiquent la participation du cœur et des gros vaisseaux à l'inflammation des amygdales; les seconds annoncent que la membrane muqueuse gastro-intestinale est enflammée, c'est-à-dire qu'une gastro-entérite complique l'amygdalite; enfin, les troisièmes sont des effets locaux de la phlegmasie, de l'altération du mucus qui en est la suite, et de la chute de la luettte sur la base de la langue. (Voyez *Palatite*).

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. La marche de l'amygdalite est en général assez rapide; elle dure de quatre à huit et à quinze jours, et rarement plus. Sa terminaison la plus fréquente est la résolution; elle se termine aussi par induration, par suppuration et très-rarement par gangrène. Quand elle se répète souvent chez le même invididu, elle finit par laisser chaque fois un peu d'engorgement dans la glande; cette tuméfaction rend l'amygdale plus disposée à contracter de nouvelles inflammations, elle augmente sans cesse, et gêne enfin au point de nécessiter une opération qui en débarrase le malade. Quel que soit le degré d'intensité de l'amygdalite, cette phlegmasie est rarement une maladie dangereuse lorsqu'elle existe seule.

*Traitement*. La saignée du bras, les sangsues nombreuses et répétées au cou, les pédiluves irritans, les lavemens purgatifs s'il y a constipation et que les voies digestives ne soient pas irritées; les boissons douces, mucilagineuses et peu sucrées, les gargarismes émolliens et la diète : tels sont les moyens conseillés et employés par tous les médecins contre cette phlegmasie. Mais cette médication est à peu près sans effet, lorsque l'amygdalite doit se terminer par suppuration, ce qu'il est au reste impossible de prévoir; toute son action se borne alors à diminuer l'intensité des symptômes. En y ayant recours de bonne heure, on parvient souvent cependant à faire avorter l'inflammation. Plusieurs de nos malades, jusque là tourmentés d'amygdalites fréquentes et qui se terminaient toujours par suppuration après les avoir fait beaucoup souffrir, auxquels nous avons donné le conseil d'attaquer énergiquement par les saignées locales ces phlegmasies dès leur invasion, réussissent très-bien aujourd'hui à les faire avorter.

Un vomitif la fait disparaître très-promptement lorsque la rougeur est peu vive, que la langue est enduite d'un mucus jaunâtre sans rougeur à sa pointe ni sur ses bords, que le pouls est calme et la peau de température naturelle. Lorsqu'elle se termine par suppuration, si les tumeurs sont très-volumineuses, si l'anxiété est grande et la rupture de l'abcès tardive, on donne issue au pus par l'incision faite à l'aide d'un bistouri dont on enveloppe la lame avec une bandelette de linge jusqu'auprès de sa pointe. Dans les circonstances opposées, on attend l'ouverture spontanée de l'abcès. Quand enfin elle a lieu, on rend les gargarismes détersifs par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique ou hydrochlorique; on le compose avec des infusions de feuilles de ronces, d'écorce de grenade, etc.

Pour peu que l'amygdalite soit intense, lorsque l'anxiété est considérable et qu'il y a menace de suffocation, chez tous les individus jeunes, sanguins, pléthoriques, il est toujours avantageux de commencer le traitement par une ou deux saignées du bras ou du pied, indifféremment; mais lorsqu'en outre des symptômes de l'amygdalite, on observe ceux de l'irritation du cœur et des gros vaisseaux que nous avons signalés, l'emploi des saignées générales est indispensable, la guérison serait des plus incertaines sans leurs secours. Il ne faut donc pas hésiter, dans ce cas, à saigner largement les malades, en même temps que l'on combat l'inflammation des amygdales par les saignées locales et tous les autres moyens déjà indiqués. Lorsque l'amygdalite est compliquée de gastro-entérite, on doit attaquer l'inflammation gastro-intestinale, par les saignées locales à l'épigastre, à l'anus, etc., et par les cataplasmes et les lavemens émolliens. (Voyez *Gastro-entérite*.) Enfin, dans le cas où l'inflammation des amygdales n'est accompagnée d'aucun symptôme général, lorsque la rougeur de ces glandes est peu vive, que le pouls est calme, la chaleur de la peau naturelle, et qu'en même temps il existe cet empâtement dans la bouche, cette fétidité de l'haleine, et les envies de vomir dont nous avons parlé, il faut administrer un vomitif; l'effet curatif en est ordinairement des plus prompts.

Quand un malade a éprouvé plusieurs atteintes d'amygdalite, les amygdales, restent souvent engorgées et quelquefois légèrement douloureuses

Pendant long-temps encore on peut dissiper cet engorgement par les applications de sangsues, les gargarismes émolliens et astringens et les révulsifs : on y réussit surtout à l'aide des cautérisations fréquemment répétées avec le nitrate d'argent, mais il vient une époque où ces moyens sont impuissans; il faut alors avoir recours à une opération de chirurgie, l'extirpation. (Voyez *Désorganisations.*)

### De la mammite.

L'inflammation de la glande mammaire existe rarement isolée surtout à l'état aigu; presque toujours elle accompagne celle du tissu cellulaire environnant. Mais sous forme chronique, elle est assez fréquente, et précède presque toujours le *squirrhe* ou *cancer* de cette partie.

*Causes.* Les plus fréquentes sont l'impression du froid sur le sein d'une femme nouvellement accouchée, une compression ou un coup dans la même circonstance, l'allaitement difficile et douloureux, et l'application de substances astringentes faite dans l'intention de dissiper promptement l'engorgement laiteux de l'organe. Les fortes compressions, les coups et les chutes peuvent enflammer la glande mammaire, alors même qu'elle n'est pas déjà excitée par la sécrétion du lait; mais c'est presque toujours son inflammation chronique qu'elles déterminent dans ce cas.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Une douleur vive, une chaleur intense, du gonflement et la rougeur de la peau, sont les symptômes ordinaires de la mammite. Mais ce sont, ainsi que nous l'avons déjà vu, les mêmes que ceux de l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la glande mammaire. C'est qu'en effet il est très difficile de distinguer ces deux phlegmasies l'une de l'autre, et d'autant plus qu'elles existent presque toujours réunies. Voici cependant quelques caractères qui peuvent faire croire que l'inflammation occupe la glande seule. La douleur est ordinairement plus profonde et gravative dès le début; elle est partagée par le mamelon, qui rougit et se tuméfie, elle est beaucoup plus vive dans ce corps que dans la glande elle-même. La tumeur est pesante : les auteurs prétendent qu'elle est inégale et bosselée; cela n'a lieu que lorsque les canaux excréteurs partagent l'irritation. C'est aussi dans la phlegmasie de la glande que s'observent ces cordes noueuses qui s'étendent de cet organe aux aisselles; elles sont le signe de la participation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques circonvoisins à l'inflammation glandulaire. Enfin la douleur est souvent déjà très-vive, que la peau n'a pas encore rougi, et qu'elle est seulement luisante et tendue; la suppuration s'établit plus lentement que dans le phlegmon; le pus qui en résulte est grumelé et grisâtre, et la guérison se fait en général long-temps attendre.

Les caractères de la mammite chronique sont plus tranchés. D'abord, il est assez rare d'observer l'induration du tissu cellulaire, et lorsqu'on voit se prolonger un engorgement des mamelles, on a tout lieu de soupçonner qu'il a son siége dans la glande elle-même. La tumeur est ordinairement dure, indolente ou peu douloureuse, et sans changement de couleur à la peau; elle est ovoïde ou inégale et raboteuse. Après être restée pendant plus ou moins de temps stationnaire, elle augmente de volume, devient le siége de douleurs plus ou moins vives, parfois lancinantes, et finit par entraîner la désorganisation de la glande. (Voyez *Désorganisations.*)

*Traitement.* On doit combattre avec beaucoup plus d'énergie la mammite que le phlegmon des mamelles; il importe surtout d'en prévenir la terminaison par suppuration, dont les suites sont toujours graves. Il faut, en conséquence, faire dès le début de fortes applications de sangsues, et en seconder l'effet par les cataplasmes émolliens et un peu narcotiques, les bains généraux et le régime. Les mêmes moyens conviennent également contre la mammite chronique, mais les saignées locales, moins abondantes que dans l'état aigu, doivent être répétées et long-temps continuées; les cataplasmes peuvent être astringens si la douleur est peu vive; enfin, on a recours avec avantage aux purgatifs, à doses fractionnées, dans le but d'entretenir une révulsion continue sur la membrane muqueuse des voies digestives.

### De l'hépatite.

On nomme *hépatite* l'inflammation du parenchyme du foie. Elle se montre sous les formes aiguë, chronique et intermittente.

#### Hépatite aiguë.

*Causes.* Les causes les plus fréquentes de l'hépatite aiguë sont purement mécaniques; ce sont : les coups sur l'hypocondre droit, les plaies pénétrantes dans cette région, les efforts pour soulever de lourds fardeaux et toutes les chûtes dans lesquelles le corps éprouve une violente secousse. Il en est ainsi, du moins dans nos climats, où cette phlegmasie est rare à l'état aigu. Celles qui la produisent le plus communément ensuite sont : les vives stimulations de l'estomac et des intestins, celles surtout qui résultent de l'usage intempestif des émétiques et des drastiques. L'inflammation de la membrane muqueuse gastro-duodénale en est à plus forte raison une des causes les plus fréquentes; cette phlegmasie fait naître celle du foie, soit en se transmettant par voie de continuité à cet organe par le canal cholédoque, soit en l'irritant par voie de sympathie, mode de transmission que nous croyons le plus fréquent et le plus naturel, soit enfin dans quelques cas, comme le pense l'un de nos plus habiles anatomistes, M. Ribes, en se propageant par le moyen d'une inflammation veineuse qui, partie des veines situées à la surface de la membrane muqueuse, s'étendrait aux petites veines mésaraïques, de là à la veine porte et de celle-ci au foie. M. Cruveilhier a vu l'inflammation du rectum se propager aux veines hémorrhoïdales et de là au foie, et faire naître une multitude d'abcès dans cet organe. Enfin l'inflammation du foie succède souvent à celle du péritoine, comme celle du poumon à la pleurite. Cullen pensait même qu'il en était toujours ainsi; c'est une erreur qu'il serait superflu de réfuter aujourd'hui.

L'hépatite se développe encore sous l'influence des plaies de tête et des passions violentes et su-

bites, telles que la colère, un chagrin profond. Enfin, le refroidissement subit de la peau, l'immersion du corps en sueur dans l'eau froide, la répercussion d'une dartre, ou de tout autre exanthème de la peau, d'une phlegmasie articulaire, et des hémorrhoïdes, l'occasionent quelquefois chez des personnes prédisposées. Si nous n'avons pas fait mention, parmi ces causes, de l'abus du café, des liqueurs, des épices, etc., c'est parce qu'elles produisent plus fréquemment l'hépatite chronique que l'aiguë, peut-être même jamais cette dernière.

Dans les climats brûlans, cette phlegmasie est beaucoup plus fréquente que dans les nôtres; mais on sait quelle intensité y acquiert la gastro-entérite, et il est permis de croire que cette dernière affection y est presque toujours le mobile de la première. Il faudrait s'assurer d'ailleurs si, comme nous sommes portés à le croire, elle ne sévit pas davantage sur les Européens transplantés dans ces contrées, et qui par goût, par habitude, et imbus des préceptes dangereux de l'hygiène créée par l'école de Brown, abusent des stimulans là où la sobriété est une des premières conditions de la santé; si, disons-nous, elle ne sévit pas davantage sur ces individus que sur les indigènes. S'il en était ainsi, la chaleur n'en serait une des causes que par son action sympathique sur les voies digestives.

L'hépatite aiguë est rare chez les enfans et les femmes; on l'observe presque toujours chez les hommes dans l'âge mûr. L'abus des stimulans gastriques de toute espèce, et l'idiosyncrasie qu'on pourrait appeler *veineuse*, y prédisposent.

*Symptômes.* M. Bonnet, auteur d'un assez bon traité des maladies du foie, regarde avec raison les symptômes que l'on a coutume d'appeler bilieux, tels que l'amertume de la bouche, l'enduit jaunâtre de la langue, les vomissemens de matières amères et de couleur jaune ou verdâtre, les selles bilieuses, la coloration en jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez, la teinte jaune des paupières, etc., comme autant de signes de l'irritation du foie. Cette opinion est généralement admise depuis long-temps par tous les médecins physiologistes. Ordinairement sympathiques de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et du duodénum, il peut, il doit arriver quelquefois que ces symptômes soient idiopathiques, et les premiers signes par conséquent ou tout au moins les avant-coureurs d'une hépatite, et, sous ce rapport, M. Bonnet a rendu un service à la médecine-pratique en appelant l'attention des médecins sur la valeur et l'importance de ces signes. Nous dirons donc avec lui que chaque fois qu'ils existent, le foie est irrité et sous la menace d'une inflammation, et que quelquefois même ils indiquent une hépatite commençante.

Mais les symptômes de l'hépatite aiguë sont dans l'immense majorité des cas plus intenses et mieux dessinés. Ils consistent en une douleur quelquefois vive, mais plus souvent sourde, gravative et lancinante, ayant son siége dans l'hypocondre droit, s'étendant souvent à la poitrine et jusqu'à l'épaule du même côté, augmentée par le toucher, l'inspiration, la toux, et le décubitus sur le côté opposé, tandis que sur le côté malade il semble soulager. A cette douleur, souvent l'unique symptôme de l'hépatite quand elle est légère, se joignent ordinairement, lorsque la phlegmasie est plus intense, de la fréquence, de la plénitude et de la dureté dans le pouls, une chaleur brûlante, mordicante et aride de la peau, l'ictère, l'enduit jaunâtre ou verdâtre ou noir de la langue, de la soif, la perte d'appétit, l'amertume de la bouche, des nausées, une constipation opiniâtre, et des urines rares, jaunes, huileuses, très-troubles, et déposant un sédiment briqueté, et quelquefois d'une couleur verte tellement foncée qu'elles paraissent noires. Enfin, dans l'hépatite du plus haut degré, il se manifeste en outre de l'oppression, la respiration est extrêmement douloureuse, et tout le côté droit de la poitrine reste immobile, ou bien les côtes seules prennent part aux mouvemens respiratoires, l'hypocondre droit est d'une sensibilité exquise, la douleur de l'épaule arrache quelquefois des cris au malade, il survient parfois des hoquets et une petite toux sèche; l'anxiété est extrême, le délire ne tarde point à se déclarer, la face offre un aspect livide et comme bronzé, la soif est inextinguible, puis la langue est sèche et se fendille, le pouls devient petit et serré, les traits s'altèrent, et l'on voit enfin survenir tous les symptômes qui accompagnent la terminaison funeste de la plupart des phlegmasies aiguës.

Aucun des symptômes que nous avons énumérés n'est constant. La douleur, par exemple, existe rarement dans les hépatites consécutives aux plaies de tête; l'ictère manque quand les conduits biliaires ne sont pas oblitérés; enfin, quand il n'existe pas de gastro-entérite concomitante, l'hépatite même assez aiguë n'est souvent accompagnée d'aucun des symptômes de réaction, tels que la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, les nausées, la soif, etc.; mais il est rare que tous ces signes manquent à la fois. L'absence de la douleur et de l'ictère rendent le diagnostic souvent très-difficile.

On enseigne généralement que les symptômes de l'hépatite aiguë présentent des différences tranchées, selon que l'inflammation occupe la convexité du foie ou sa face concave. Dans le premier cas, dit-on, la douleur est aiguë, lancinante, pongitive, elle a beaucoup d'analogie avec la douleur de la pleurite; elle augmente dans l'inspiration, dans la toux et par la pression, et c'est seulement dans ce cas qu'elle s'étend à la poitrine, au cou et jusqu'à l'épaule; enfin la respiration est difficile, il existe une petite toux sèche, et le malade ne peut pas se coucher sur le côté malade. Dans le second cas, au contraire, la douleur est profonde, la pression ne la réveille pas, mais les efforts de vomissement l'accroissent toujours beaucoup; elle ne se propage ni à l'épaule ni au cou, ni même à la poitrine, il n'y a ni toux ni gêne bien prononcée de la respiration, et le malade souffre moins couché sur le côté droit que sur le gauche. C'est dans le premier cas que l'on voit manquer surtout l'ictère et les symptômes gastriques, et quand ils existent, ils offrent ordinairement peu d'intensité; c'est dans le second cas, au contraire, que l'ictère, le hoquet, les vomissemens bilieux, la soif ardente, la sensibilité épigastrique, etc., se montrent ordinairement dans leur plus haut point de gravité.

Cette distinction est-elle bien fondée? Nous le

croyons; seulement les caractères n'en sont pas toujours aussi tranchés que nous venons de les décrire. Mais il est tout naturel que lorsque l'inflammation occupe la partie convexe du foie, la douleur, plus superficielle, soit plus facilement réveillée par la pression, par l'abaissement du diaphragme dans l'inspiration et dans la toux, et par le décubitus sur le côté malade, qu'elle se propage plus aisément à la poitrine et de proche en proche à l'épaule et au cou, et enfin que la toux et l'oppression l'accompagnent. Il est tout naturel aussi que, lorsque l'inflammation a son siége à la face concave de l'organe, elle se communique facilement à l'estomac et au duodénum et produise la soif, les vomissemens, la sensibilité de l'épigastre, etc.; que la douleur, profonde comme le siége du mal, ne puisse être que faiblement excitée par la pression et par les mouvemens d'abaissement du diaphragme, tandis qu'au contraire les efforts du vomissement l'exaspèrent; enfin, que les conduits biliaires, participant nécessairement à l'état inflammatoire, se trouvent oblitérés plus ou moins complétement par le gonflement de leurs parois, et que la bile résorbée aille imprégner de sa couleur la peau, les sclérotiques, et les sécrétions excrémentitielles comme l'urine.

Mais est-il toujours possible de distinguer, au lit des malades, l'hépatite de la convexité de celle de la surface concave? Non, parce que, comme nous l'avons déjà dit, les caractères n'en sont pas toujours bien dessinés. Mais on y parvient quelquefois, et cela est très-important; car, comme nous le verrons bientôt, le traitement reçoit toujours quelques modifications utiles de la connaissance exacte du siége précis de l'inflammation.

L'hépatite aiguë se termine quelquefois par suppuration. On en est averti par les phénomènes suivans: la douleur de l'hypocondre devient ordinairement plus vive et pulsative, la gêne de la respiration augmente, il survient des frissons alternans avec des sueurs, les exacerbations du soir sont plus fortes, le pouls s'élargit et se ramollit, la paume des mains est brûlante et le sommeil très-agité. Dans quelques cas, il y a une rémission notable de tous les symptômes de réaction lorsque la suppuration vient à se former; et alors les frissons et les sueurs alternatives sont les seuls indices de la formation d'un abcès tant qu'il ne vient pas se prononcer au dehors. D'autres fois, ces abcès se forment lentement, sourdement, et sans que rien puisse en faire soupçonner le développement. Cela arrive surtout dans les hépatites qui accompagnent les plaies de tête, dans celles qui se développent sous l'influence d'une phlébite éloignée, et enfin dans les hépatites chroniques. Toutefois de tous les signes de la formation des abcès hépatiques, les plus certains sont les frissons et les sueurs; ils existent presque toujours plus ou moins prononcés; parfois ils simulent des accès de fièvre intermittente, mais l'irrégularité de leurs retours et de leur marche, et la continuité des autres accidens, ne permettent pas de s'y méprendre. Après quelques jours de durée de ces symptômes, si l'abcès a son siége à la surface convexe du foie, il vient quelquefois former une tumeur au dessous des côtes asternales, ou entre elles, après avoir été toutefois précédé par le gonflement œdémateux de tout l'hyponcondre. Dans quelques cas, le pus fuse et va se rassembler en dépôt jusque sous l'aisselle, ou bien par suite d'une adhérence entre le foie, le diaphragme et le poumon, il s'ouvre une issue par les bronches. Lorsqu'au contraire l'abcès est situé dans la partie concave de l'organe, le pus peut se faire jour dans l'estomac, le colon ou le duodénum, par suite aussi d'adhérences contractées entre ces parties et les parois du dépôt, ou bien, dans le dernier de ces intestins, en prenant son cours par les conduits biliaires. Enfin, quelque soit le siége du dépôt, il s'ouvre quelquefois dans la cavité même du péritoine, le pus s'y épanche et devient la cause d'accidens fort graves et d'une mort rapide.

Quand un abcès succède ainsi à une hépatite évidente, qu'il occupe le corps même de l'organe, et qu'il se prononce dans un espace intercostal, ou au dessous des côtes asternales, mais à quelque distance du bord libre du foie, le diagnostic en est facile, et on ne peut le confondre avec aucune autre maladie. Mais quand les symptômes de l'hépatite ont été nuls ou douteux, et lorsqu'en même temps la tumeur a son siége vers le bord libre du foie, il importe beaucoup de s'assurer qu'elle n'est pas formée par la vésicule biliaire dilatée par la présence d'une grande quantité de bile; car la mort serait dans ce cas la suite inévitable de l'opération, à moins que cette poche n'eût contracté avec les parois abdominales, des adhérences qui s'opposassent à l'épanchement de la bile dans la cavité du péritoine. J.-L. Petit a porté son attention sur ce point important, et voici le résultat de ses recherches. La résolution brusque d'une hépatite peut être suivie d'une accumulation de bile dans la vésicule du fiel, et par conséquent de l'apparition d'une tumeur sur le bord du foie, que l'on peut d'autant plus facilement prendre pour un abcès, que la formation de celui-ci est aussi précédée par une rémission notable des symptômes, et qu'il y a des frissons irréguliers dans les deux cas. Mais les symptômes d'hépatite qui précèdent la formation de l'abcès durent plus long-temps, il y a eu des douleurs pulsatives, le malade reste dans un état d'abattement qui n'est pas en rapport avec la diminution des douleurs, et les frissons sont prolongés et accompagnés de moiteur. Le contraire a lieu dans les cas de tumeur biliaire. Cette tumeur occupe toujours un lieu déterminé et connu; elle est circonscrite et présente également, dans toute son étendue, une fluctuation évidente; au lieu de cela, la tumeur formée par un abcès est large, non circonscrite, et les tégumens qui la recouvrent présentent un empâtement remarquable, à travers lequel on peut sentir qu'elle ne présente de fluctuation qu'à son centre et que sa circonférence est dure et élevée.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'invasion de l'hépatite aiguë est ordinairement brusque et violente, et débute alors par un frisson fort et prolongé; quelquefois cependant elle commence sourdement et n'acquiert que peu à peu toute son intensité; tantôt elle est précédée par des symptômes d'inflammation gastro-duodénale, et tantôt au contraire elle en précède le dévelop-

pement, ce qui revient à dire que l'inflammation commence tantôt à la surface de la membrane muqueuse gastro-duodénale, et de là se propage au foie, et que tantôt elle envahit primitivement cet organe, puis se communique au duodénum et à l'estomac. Sa marche et sa durée n'ont rien de fixe et de bien déterminé; quand elle est peu vive, elle peut se dissiper en deux ou trois jours; lorsqu'elle est intense, elle donne quelquefois la mort dans un temps aussi court, surtout quand elle succède aux blessures par armes à feu ou par des instrumens tranchans ou piquans; mais en général elle se prolonge jusqu'à dix et quinze jours, et même beaucoup au delà de ce terme quand elle se termine par suppuration. Comme la majeure partie des phlegmasies aiguës, elle est susceptible de quatre modes de terminaison : la résolution, la suppuration, la gangrène et le passage à l'état chronique. La première de ces terminaisons est la plus favorable : ou bien c'est l'art qui la provoque, ou bien elle est spontanée. Dans ce dernier cas, on la voit presque toujours succéder soit à une hémorrhagie nasale qui, dit-on, s'opère de préférence par la narine droite, soit à un flux hémorrhoïdal, quelquefois à l'apparition d'un érysipèle, d'autres fois à une simple mais vive démangeaison de la peau, à des urines abondantes et déposant un épais sédiment ou à des sueurs copieuses, enfin à une diarrhée bilieuse modérée ou à des vomissemens de même nature. La terminaison par suppuration est presque toujours funeste, soit que le pus reste emprisonné au sein de l'organe, soit qu'il s'épanche dans le péritoine par suite de la rupture de l'abcès; nous avons indiqué les signes qui l'annoncent; elle guérit cependant quelquefois lorsque le pus se fraie une issue à travers les parois abdominales ou par l'estomac, le duodénum, le colon, ou les bronches à travers le diaphragme et le tissu pulmonaire, ou bien lorsque l'art intervient pour en provoquer la sortie. La mort suit toujours très-promptement la terminaison par gangrène; ce mode de terminaison, heureusement fort rare, est toujours annoncé par la cessation subite des douleurs, la chute du pouls, des sueurs visqueuses, des selles involontaires et d'une odeur cadavéreuse, le refroidissement des extrémités, et la décomposition rapide des traits. Forestus, Morgagni, Lieutaud, Portal, Bovell, Franck, Stoll et M. Andral rapportent tous des exemples de cette funeste terminaison de l'hépatite. Enfin, la terminaison par le passage à l'état chronique est la plus favorable après la résolution : nous y reviendrons en traitant de l'hépatite chronique. En général, l'hépatite aiguë est une maladie dangereuse.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres à la suite de l'hépatite aiguë, on trouve ordinairement le foie gorgé de sang noir; sa substance est friable, de couleur foncée, souvent noirâtre et disposée par plaques régulières; nous l'avons vue quelquefois d'un vert très-foncé, et en même temps très-facile à déchirer autour des foyers purulens. Quand la phlegmasie s'est terminée par suppuration, on rencontre un seul ou plusieurs abcès, remplis d'un pus ordinairement blanchâtre, mais quelquefois de la couleur de la lie de vin, et qui semble alors tenir une partie de la substance même de l'organe en dissolution. Ces abcès, plus ou moins bien circonscrits, se montrent quelquefois entourés déjà par les rudimens d'un kyste qui s'organise. Assez souvent le foie a contracté des adhérences avec les parties environnantes, diaphragme, estomac, duodénum, colon, parois de l'abdomen; il n'est pas besoin de dire que le péritoine enflammé sert d'intermédiaire à toutes ces adhérences, ni ajouter que ces adhérences sont d'autant mieux organisées que la durée de la maladie a été plus longue.

*Traitement.* L'hépatite aiguë réclame presque toujours un traitement prompt et énergique, et ce traitement ne comporte pour ainsi dire que des moyens antiphlogistiques. Parmi ces moyens, la saignée générale tient le premier rang quand la phlegmasie est intense, quand elle est l'effet de violences extérieures et qu'elle succède à la contusion ou à la blessure du foie, et enfin chez les individus jeunes, forts, sanguins et pléthoriques. Il est même avantageux de commencer le traitement de toute hépatite aiguë, à moins qu'elle ne soit très-légère, par la saignée du bras. En même temps que l'on y a recours, on doit appliquer de nombreuses sangsues sur l'hypocondre droit, et y revenir souvent; elles sont d'une très-grande efficacité dans cette phlegmasie, principalement lorsqu'elle occupe la face convexe du foie. Souvent même dans ce cas, elles suffisent sans le secours de la phlébotomie pour guérir des hépatites très-intenses; nous avons eu occasion d'observer ce fait plusieurs fois. Lorsque le malade est sujet à des hémorrhoïdes, il est utile d'en appliquer aussi à l'anus; il en est de même lorsque la phlegmasie a son siége à la partie concave de l'organe; quelques praticiens pensent même qu'en général elles soulagent davantage, appliquées là que sur l'hypocondre; ils se fondent sur ce qu'elles dégorgent plus directement le système de la veine-porte par l'intermédiaire des veines hémorrhoïdales. Quoi qu'il en soit de cette théorie, il est certain que les applications de sangsues à l'anus sont d'un grand secours dans l'hépatite, mais nous croyons qu'elles ne doivent jamais dispenser d'en faire sur l'hypocondre ou à l'épigastre, et encore moins d'avoir recours aux saignées générales, excepté peut-être dans les cas où l'inflammation présente peu d'intensité et chez un hémorrhoïdaire. Dans le cas où la suppression des menstrues est la cause première des accidens, il va sans dire qu'il faut pratiquer les saignées locales aux aines ou à la partie supérieure des cuisses.

On doit toujours seconder l'effet puissant des évacuations sanguines par l'usage des boissons délayantes et acidules, telles que la limonade, l'orangeade, les sirops de groseille ou de vinaigre étendus d'eau, le petit-lait, l'oxycrat, ou par les décoctions d'orge, de chiendent, de réglisse, de graine de lin, etc., etc., par des lavemens émolliens faits avec les décoctions de son, de graine de lin, ou de racine de guimauve, auxquels on ajoute avec avantage de la pariétaire, ou du nitrate de potasse, et enfin par l'emploi des cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'hypocondre, ou, si leur poids fatigue, par des flanelles

imprégnées d'une décoction de propriétés semblables. La diète la plus absolue est de toute rigueur.

Lorsque par cette médication on est parvenu à diminuer beaucoup les symptômes inflammatoires, on a recours avec avantage aux bains prolongés; il faut sans crainte faire séjourner les malades dans l'eau pendant plusieurs heures : c'est à cette condition seulement que ce moyen est efficace. On y joint bientôt, si les malades sont constipés, l'emploi de quelques purgatifs légers, tels que les sulfates de soude et de magnésie, l'huile de ricin, et principalement le calomélas; on obtient par leurs secours des selles de matières dures, grisâtres et quelquefois noires, d'une fétidité souvent repoussante, et qui soulagent considérablement les malades. Quelques médecins veulent que l'on emploie ces médicamens d'une manière continue, et que l'on entretienne ainsi une légère diarrhée bilieuse, dont l'effet, disent-ils, est de dégorger doucement l'organe enflammé. Ce sont les praticiens de la Grande-Bretagne qui préconisent surtout cette médication. Elle peut sans doute donner quelquefois d'heureux résultats; mais nous pensons qu'elle a parfois ses inconvéniens, et si la pluie de bile et de sécrétions de toute espèce que les purgatifs provoquent, diminue dans quelques cas l'inflammation hépatique, il doit arriver souvent qu'en forçant le foie malade à sécréter, ces médicamens accroissent sa phlegmasie. Quoi qu'il en soit, la prudence conseille de ne les prescrire que lorsque les accidens inflammatoires ont déjà beaucoup perdu de leur intensité, et encore d'en surveiller attentivement les effets quand on croit pouvoir en continuer l'usage. Que si une constipation opiniâtre fait juger leur emploi nécessaire dans la période d'acuité de la maladie, il faut les administrer de préférence par la voie du gros intestin, et s'arrêter aussitôt que l'effet désiré est obtenu.

Enfin vers le déclin de la maladie, il est quelquefois nécessaire, pour en hâter la résolution, d'appliquer sur l'hypocondre quelques ventouses sèches ou scarifiées, ou des vésicatoires volans. Mais en général ces moyens sont d'une utilité pour le moins équivoque dans l'hépatite aiguë, et dans quelques cas ils nuisent d'une manière évidente. Le plus sage est donc de s'en abstenir, ou de n'y recourir du moins que très-rarement, et d'en réserver l'emploi pour l'hépatite chronique. Nous en dirons autant des frictions mercurielles sur la région même du foie. Ces frictions, conseillées même dans la période aiguë, et par quelques médecins anglais jusqu'à la salivation, ne dispensent en aucun cas des évacuations sanguines et des autres moyens antiphlogistiques, et il n'est pas encore bien démontré qu'elles aient quelque part à leur action puissante.

Nous avons dit que l'hépatite aiguë se terminait quelquefois par suppuration, et nous avons fait connaître les signes qui annoncent ce mode de terminaison. Quand l'abcès qui en résulte est situé profondément, il n'y a rien à faire, si ce n'est, lorsque tous les symptômes inflammatoires ont disparu, de nourrir légèrement le malade, de veiller à ce que rien ne vienne réveiller la phlegmasie, et d'attendre. Mais quand la collection purulente est superficielle, ce que l'on reconnaît aux caractères que nous avons précédemment indiqués, il faut ouvrir au pus une issue. Les anciens, pour éviter l'hémorragie, ouvraient ces abcès, soit à l'aide d'un couteau trempé dans l'huile bouillante, soit à l'aide du fer rouge. Depuis, et dans le même but, on a proposé de se servir de la potasse caustique. Aujourd'hui on se sert du bistouri. On pratique d'abord une incision longitudinale, en lui donnant quelque étendue sur les tégumens; mais à mesure que l'on pénètre plus profondément on en diminue la longueur. On incise les tissus avec précaution, couche par couche, afin de ne pas dépasser les limites de l'adhérence établie entre le foie et les parois abdominales; enfin on arrive à l'abcès, et on l'ouvre par une ponction. Si cependant, à cause de la profondeur du foyer, le pus s'écoule difficilement, on donne à l'incision la forme d'un T, en divisant transversalement sa lèvre postérieure; dans tout autre direction, on s'exposerait à léser le muscle droit ou l'artère épigastrique. Quand le pus a suffisamment coulé, on introduit dans la plaie une mèche de linge effilé enduite de cérat; puis on applique un cataplasme sur la partie. Chaque jour on renouvelle ce pansement, et l'on recommande au malade de se tenir couché sur le côté droit, afin de faciliter l'écoulement du pus. Il est quelquefois utile de faire avec douceur quelques injections dans la cavité du foyer; le liquide dont on se sert à cet effet est toujours émollient dans les premiers jours; plus tard on peut le rendre légèrement résolutif en y ajoutant un peu de miel. Quand l'abcès n'est pas très-considérable, on voit peu à peu la suppuration diminuer, et enfin la plaie se cicatriser complètement; il faut alors soutenir pendant quelque temps la cicatrice, afin de prévenir la formation d'une hernie par ce point affaibli des parois abdominales. Mais quand le foyer est très-étendu, ses parois s'enflamment peu de temps après l'évacuation du pus, de nouveaux accidens se déclarent, et le malade ne tarde pas à périr. D'autres fois la suppuration se prolonge indéfiniment, le malade maigrit, il est pris de fièvre lente et de diarrhée, et conduit de la sorte au tombeau par le marasme. Pour prévenir cette issue funeste, on a recours en pareil cas à l'usage du quinquina, d'un peu de vin, et d'un régime analeptique, et la guérison vient quelquefois couronner cette pratique.

La terminaison de l'hépatite aiguë par gangrène ne laisse aucune ressource; pour l'acquit de sa conscience, on doit cependant, lorsqu'elle a lieu, se hâter d'administrer le vin, le quinquina, la thériaque et tous les anti-septiques connus (Voyez *Gangrène*); mais la mort vient bientôt mettre fin à ces tentatives impuissantes.

### Hépatite chronique.

*Inflammation chronique du foie*, *abcès du foie*, *foie gras*, *obstruction du foie*, *hépatite chronique*.

*Causes*. Sous cette forme l'hépatite se montre assez fréquente dans nos contrées, et même dans les pays chauds; elle est beaucoup plus commune que l'aiguë. Assez souvent elle succède à celle-ci, mais il arrive plus souvent encore qu'elle débute

sous la forme chronique. L'usage continu d'alimens trop stimulans, tels que le gibier, toutes les viandes noires, les ragoûts épicés, etc., l'abus des liqueurs spiritueuses ou du café, et la chaleur atmosphérique, en sont les causes prédisposantes ordinaires, et souvent même finissent par la produire par leur continuité, surtout chez les individus qui ont le système veineux très-développé, la peau brune, les cheveux noirs et les membres secs. Mais elle se développe le plus ordinairement, comme l'hépatite aiguë, à la suite des coups et des chutes sur la région du foie; sous l'influence des affections morales tristes et vives, des excès d'alimens de haut goût ou des boissons alcooliques; par l'effet sympathique des lésions du crâne et du canal rachidien; après les secousses produites par les chutes sur les genoux, sur le sacrum, etc.; par la propagation au foie de l'inflammation des parties voisines, telles que le péritoine, la plèvre, le tissu cellulaire de l'abdomen; par suite de l'engorgement hépatique que laisse quelquefois après lui le frisson des irritations intermittentes, et quelquefois aussi les courses forcées, enfin par la répercussion d'une phlegmasie cutanée ou articulaire, ou la suppression d'une hémorragie habituelle et principalement du flux hémorrhoïdal. L'inflammation chronique de la membrane muqueuse gastro-duodénale en est la cause très-fréquente. M. Casimir Broussais pense qu'elle résulte le plus communément d'une duodénite chronique. On voit que ses causes ne diffèrent pas de celle de l'hépatite aiguë. Comme l'hépatite aiguë également, elle sévit principalement sur les hommes, dans l'âge adulte ou l'âge mûr, et chez ceux qui sont d'un tempérament bilieux.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Une douleur sourde, gravative, ayant son siége dans l'hypocondre droit, augmentant par la pression, par les secousses un peu fortes, par le coucher sur le côté gauche, et après les repas, et ne devenant quelquefois même appréciable que dans ces circonstances, est encore le principal symptôme de l'hépatite chronique, comme il l'est de l'aiguë. Cette douleur n'est pas continue, elle n'irradie pas au loin; souvent elle s'accompagne de dyspnée et de toux. Quand elle est un peu vive, elle réagit sur le cœur et entretient une fréquence continue dans le pouls; elle maintient la peau dans un état de sécheresse habituelle, et produit tous les soirs de petits redoublemens. En même temps, la peau est jaune, les matières fécales sont au contraire blanches et décolorées ou couleur de terre glaise; les urines sont foncées et déposent un sédiment abondant. Quand l'inflammation existe déjà depuis un certain temps, on sent ordinairement, en palpant l'abdomen, le foie qui dépasse le bord libre des côtes asternales, et qui s'étend plus ou moins vers l'épigastre et la région ombilicale; l'hypocondre droit est souvent plus élevé que le reste de l'abdomen.

L'hépatite chronique ne s'annonce dans quelque cas que par la jaunisse, les selles décolorées, les urines rares et déposant un sédiment briqueté, et par une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression siégeant dans l'hypocondre droit, sans douleur lorsqu'on ne la touche pas, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids incommode. Quelquefois même elle existe depuis long-temps sans qu'aucun signe bien précis en ait révélé l'existence; dans un très grand nombre de cas, la douleur de l'hypocondre en est l'unique symptôme; dans d'autres cas encore, on n'est conduit à la soupçonner que par l'existence d'une vive démangeaison à la peau qu'aucune éruption n'accompagne. Enfin, il arrive souvent que les symptômes d'irritation gastrique dominent la scène, et que l'hépatite ne se décèle que par l'accroissement du volume du foie qui déborde les côtes; dans ces cas, il existe une gastro-hépatite.

L'hépatite chronique se termine fréquemment par suppuration. Dans un très-grand nombre de cas, ce changement s'opère à l'insu du malade et du médecin; mais quelquefois il s'annonce par des signes non équivoques, ce sont les mêmes que dans l'hépatite aiguë; les frissons et les sueurs simulant des accès d'irritation intermittente, mais revenant irrégulièrement, sont encore les principaux de ces signes. Les abcès hépatiques qui se forment alors, occupent les mêmes siéges, suivent la même marche, offrent la même gravité, et se terminent de la même manière que ceux qui succèdent à l'hépatite aiguë; nous n'avons donc rien à ajouter à ce que nous en avons déjà dit.

Lorsque l'hépatite chronique dure depuis un certain temps, elle finit par produire l'engorgement, l'induration ou le squirrhe de l'organe. Peu à peu le volume du foie s'accroît, et on le voit acquérir parfois une grosseur double et même triple de celle qu'il a dans l'état normal. Elle entraîne quelquefois aussi une désorganisation toute particulière connue sous le nom de *foie gras*, *état graisseux du foie*, désorganisation qui offre une grande analogie avec l'adipocire ou le *gras des cadavres*, et dans laquelle le foie se trouve converti en une masse homogène, d'un rouge jaunâtre ou d'un blanc fauve, graissant le scalpel et le papier à la manière de l'huile, conservant l'empreinte du doigt comme le ferait un morceau de beurre, peu consistante, facile à déchirer, et d'une pesanteur spécifique moindre que la substance normale de cet organe. Quelques auteurs ont prétendu que cette dégénérescence du foie ne survenait que chez les phthisiques, et M. Louis a reproduit cette opinion il y a quelques années; c'est une erreur; il suffit de s'être livré pendant quelque temps aux recherches d'anatomie pathologique, pour avoir vu des *foies gras*, dans des cadavres d'individus qui n'avaient pas de traces de tubercules pulmonaires. Il est vrai seulement qu'on les rencontre bien plus fréquemment chez les phthisiques qu'à la suite d'autres maladies. Quand toute la masse ou la majeure partie de la masse du foie est envahie par l'une de ces désorganisations, l'ascite en est bientôt la conséquence. Cet épanchement se produit ici par le même mécanisme que celui qui succède à l'oblitération des veines, c'est-à-dire par l'effet de l'obstacle que la circulation éprouve dans tout le système de la veine-porte.

Il serait difficile d'assigner une marche et une durée à l'hépatite chronique; ordinairement elle marche lentement, sourdement, et elle dure plusieurs années; voilà tout ce qu'on peut en dire.

Elle entraîne presque toujours la mort; cependant on en obtient quelquefois la résolution, et la rapidité avec laquelle on voit des foies énormes revenir à leur état normal sous l'influence d'un traitement convenable a quelque chose de vraiment remarquable. Il nous paraît très-probable que ces résolutions si promptes s'opèrent principalement dans les cas de simple induration rouge du foie; nous ne nierons pas toutefois qu'elles ne puissent aussi avoir lieu dans les autres états morbides de cet organe, mais cela doit être rare. Dans quelques cas, l'hépatite chronique passe tout à coup à l'état aigu, elle se communique au péritoine, et entraîne rapidement la mort. Enfin, il arrive quelquefois qu'il se forme une petite ulcération qui détruit les parois d'une veine, et donne lieu à une hémorragie promptement mortelle si elle se fait dans le péritoine; moins rapidement funeste si le sang pénètre dans l'estomac ou l'intestin par suite d'adhérences contractées entre ces organes et le foie.

*Caractères anatomiques.* Les lésions que l'on rencontre dans les cadavres des individus qui ont succombé à l'hépatite chronique sont extrêmement variées, ce qui tient à la longue durée de cette phlegmasie dans la plupart des cas. La plus constante de ces lésions est l'augmentation du volume du foie; nous avons déjà dit jusqu'à quel point elle pouvait être portée. Presque toujours sa substance est indurée, plus dense, mais plus facile à déchirer; sa couleur est d'un rouge foncé, brunâtre, jaune rougeâtre, ardoisée ou noirâtre par plaques. On rencontre assez fréquemment un ou plusieurs foyers dans son épaisseur, tantôt formés par du pus blanchâtre, et tantôt par un liquide couleur lie de vin; ces abcès sont plus ou moins vastes; on en a vu qui avaient en quelque sorte dévoré toute la substance de l'organe et se trouvaient renfermés dans ses enveloppes qui leur formaient une vaste poche. De même qu'à la suite de l'hépatite aiguë, on trouve le foie adhérent avec les organes voisins, et presque toujours la désorganisation dont il est le siége s'étend à ces parties. Enfin, on rencontre aussi des tubercules, de la mélanose, de la cyrrhose, etc.; mais ces désordres n'appartiennent plus à l'hépatite chronique.

*Traitement.* Tant que l'hépatite chronique est assez vive pour faire sentir son influence au cœur, il faut la traiter comme si elle était aiguë, c'est-à-dire par toute la série de moyens que nous avons indiqués à l'occasion de celle-ci, en proportionnant toutefois leur dose et leur énergie à l'intensité de l'inflammation. Ainsi, les saignées locales, les cataplasmes émolliens sur l'hypocondre droit, la diète, les boissons acidules, les lavemens, les bains tièdes, enfin les révulsifs et les doux minoratifs vers la fin de la maladie, doivent composer tout le traitement. Quand cette phlegmasie est produite et entretenue par une gastro-entérite, comme il arrive souvent, ces moyens doivent être dirigés contre celle-ci de préférence, et les saignées locales doivent par conséquent être pratiquées à l'épigastre. Enfin, lorsque l'hépatite a succédé à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdal, on doit placer les sangsues à la vulve ou à l'anus.

C'est encore la même conduite qu'il faut tenir lorsque l'hépatite ne donne lieu qu'à des phénomènes locaux; ou plutôt c'est par l'emploi de ces moyens que l'on doit commencer le traitement de toute hépatite chronique, alors même qu'elle n'est plus accompagnée de réaction. Mais ici il faut tenir compte de l'ancienneté de la maladie, du degré de dépérissement du malade, et des moyens qui ont été déjà employés, et ne pas insister sur les antiphlogistiques si l'on a lieu de penser ou si l'on s'aperçoit qu'ils doivent être inutiles. C'est au tact du praticien à juger de ces cas. Toutefois, nous devons dire qu'il est extrêmement difficile de poser la limite où cesse, dans cette maladie, l'efficacité des évacuations sanguines secondées par les émolliens et la diète; on les a vues amener des résultats inespérés dans des cas où leur emploi avait paru téméraire. Les saignées générales sont toutefois peu utiles en général dans l'hépatite chronique, et l'on doit leur préférer les applications de sangsues sur la région du foie ou à l'anus; cependant chez les individus sanguins, on peut encore y avoir recours avec avantage, mais il faut le faire avec prudence et ne tirer communément qu'une petite quantité de sang.

Les longues suppurations entretenues sur l'hypocondre droit, au moyen des moxas, des cautères ou des sétons, forment, sans contredit, la plus puissante ressource contre la maladie qui nous occupe. Peut-être obtiendrait-on la résolution plus rapide de l'engorgement hépatique, si l'on employait en même temps les frictions avec la pommade d'Autenrieth à la manière de M. Duparcque. Les succès obtenus par ce praticien distingué dans les pneumonies chroniques, dans les pleurésies avec épanchement, et dans les métrites, attestent la puissance résolutive de cette médication, et rendent son efficacité très-probable dans l'hépatite chronique. Par ces moyens employés avec persévérance, secondés par un régime sévère, par une alimentation proportionnée à l'intensité de la phlegmasie et à la faculté digestive de l'estomac et composée de végétaux mucoso-sucrés, de gélatineux, de fécules et de lait, on obtiendrait très-probablement un très-grand nombre de guérisons. Mais la longueur de la maladie rebute les malades et décourage le médecin; et c'est alors que l'on se jette dans cette médecine empirique qui fait tant de victimes, et que l'on prescrit les *désobstruans*, les *fondans* de toute espèce, parmi lesquels les savonneux et l'essence de térébenthine jouent le premier rôle.

Il ne faut cependant pas proscrire tous ces médicamens d'une manière absolue; ceux même que nous venons de désigner ont procuré des guérisons; mais c'est contre l'abus que l'on en fait, contre la manière banale de les prescrire et de les administrer que l'on ne saurait s'élever avec trop de force. Il est incontestable, par exemple, que certaines eaux minérales, celles de Vichy entre autres, et la plupart de celles qui contiennent des hydro-sulfures, administrées avec les soins convenables et à des individus dont l'estomac ne participe pas à l'état inflammatoire du foie, rendent quelques services. Les purgatifs à petites doses, fréquemment répétées, et en particulier le protochlorure de mercure (calomélas) et les eaux de Sedlitz, conviennent aussi dans le même cas. Nous ne pensons

pas que la gomme gutte, l'ellébore, la rhubarbe et le jalap possèdent quelques propriétés spéciales qui doivent les faire préférer aux deux purgatifs précédens, et les auteurs ne les conseillent sans doute que pour augmenter les ressources du praticien. Le carbonate de potasse, le bi-carbonate de soude agissent à peu près de la même manière que les eaux de Vichy et peuvent les suppléer quelquefois. Quant à l'extrait de trèfle d'eau, nous ignorons quelle en est la vertu, et il paraît bien déchu de la réputation d'efficacité qu'on lui avait faite dans l'hépatite chronique; celui de ciguë conserve la sienne et la mérite peut-être.

Les boissons des malades doivent toujours être légères, émollientes et autant que possible diurétiques : on les fait ordinairement avec le chiendent, la réglisse, la bourrache, la pariétaire, la buglosse, la carotte, le cerfeuil, l'oseille ou la saponaire ; on y ajoute un sirop acidule, quelquefois du nitrate de potasse. Le petit-lait, la limonade, les bouillons de veau conviennent également.

Nous ne parlons pas des emplâtres fondans, tels que ceux de ciguë, parce que nous les croyons à peu près sans action. Il est inutile d'ajouter que, lorsque l'hépatite chronique a produit un abcès, et que cet abcès a son siége à la partie convexe du foie, on l'ouvre dans les mêmes circonstances et de la même manière que celui qui succède à l'hépatite aiguë.

### Hépatite intermittente.

On lit dans les auteurs quelques observations d'hépatite intermittente, accompagnée de jaunisse, paraissant et disparaissant avec les accès. Mais on a souvent confondu avec cette affection, des gastro-entérites intermittentes précédées d'un violent frisson, pendant lequel le foie s'engorgeait de sang et devenait douloureux, par l'effet de cette espèce de refoulement du sang de la périphérie au centre, dont nous avons essayé d'expliquer le mécanisme ailleurs ( Voyez *Gastro-entérite intermittente* ) (1). Le traitement de cette phlegmasie est celui de toutes les phlegmasies intermittentes.

### De la pancréatite.

L'inflammation du pancréas n'est encore connue que des anatomo-pathologistes. On ignore quelles en sont les causes ; les symptômes en sont très-obscurs, et ce n'est presque toujours qu'à l'ouverture des cadavres qu'il est possible de la constater. On ne doit point s'en étonner. Un organe chargé de fonctions aussi peu importantes, n'exerçant d'influence sympathique connue sur aucun autre, à l'abri de toutes les causes de stimulation, excepté celles qu'il reçoit des voies digestives, un tel organe devait être rarement affecté, et privé de phénomènes locaux et sympathiques propres à exprimer sa souffrance. A ces causes d'incertitude dans le diagnostic de ses maladies, vient s'en joindre une autre non moins puissante, c'est que cet organe n'étant jamais affecté seul, ses cris de douleur, s'il en a de propres, sont étouffés par ceux bien plus énergiques de l'estomac, des intestins, du foie ou du péritoine, toujours souffrans en même temps et bien plus vivement que lui ; ou, pour parler sans métaphore, les symptômes de son inflammation, s'il en existe de spéciaux, sont confondus parmi ceux de l'inflammation des organes voisins. Ce n'est que lorsqu'il a acquis un certain volume, qu'il serait peut-être possible de reconnaître son affection. Le siége de la tumeur, son indolence, sa forme allongée transversalement à l'abdomen, et l'absence des signes d'hépatite, de péritonite et gastrite chroniques, et d'inflammation chronique avec engorgement du pylore, seraient probablement les signes auxquels on reconnaîtrait la pancréatite, si elle existait isolée. Un médecin a fait insérer dans le Bulletin de la société médicale d'émulation quelques faits tendant à prouver que la salivation abondante en est un des symptômes. Le traitement serait celui de toutes les phlegmasies chroniques.

Sur les cadavres, on a trouvé le pancréas induré, désorganisé au milieu d'un kyste, transformé en matière graisseuse, et quelquefois ossifié.

(1) Tome I, pag. 171 et suivantes.

### De la néphrite.

On nomme ainsi l'inflammation des reins. C'est la *fièvre néphrétique*, la *néphrétie*, la *néphralgie*, etc., des auteurs.

*Causes.* L'âge adulte, le tempérament sanguin, l'inaction, les lits trop chauds ; la circonstance d'être nés de parens atteints de la phlegmasie articulaire, connue sous le nom de *goutte*, et à plus forte raison celle d'en être soi-même affecté, sont généralement regardés comme les causes prédisposantes de la néphrite. Elle est ordinairement produite par l'abus des liqueurs alcooliques et de toutes les boissons excitantes et surtout diurétiques, comme la bière, certains vins chargés d'acide carbonique, l'eau-de-vie, le genièvre, etc., par l'usage continu d'une nourriture trop succulente et trop stimulante, du gibier et de toutes les viandes noires et faisandées, des ragoûts salés et épicés ; l'ingestion des cantharides, des aphrodisiaques, des diurétiques âcres ; la gastro-entérite avec ictère désignée sous le nom de *fièvre jaune* ( *voyez* cette maladie) ; la chaleur excessive, un refroidissement subit du dos et des lombes, les coups et les chutes sur la région des reins, les blessures de ces organes, les secousses d'une équitation violente, les sauts, la danse forcée, les efforts pour soulever des fardeaux, la suppression de la sueur ou d'une hémorragie habituelle ; la rétention de l'urine, et enfin la métastase d'une phlegmasie et principalement de celle des articulations, de l'urèthre ou de la vessie. On compte également parmi les causes de la néphrite, la présence de vers ou de calculs dans les reins ; mais le plus ordinairement ces corps étrangers sont eux-mêmes des effets de l'inflammation qu'ils ne font qu'accroître par leur présence. Enfin, on a remarqué qu'elle est plus fréquente dans les contrées froides et humides, telles que la Hollande et l'Angleterre. Mais cette condition atmosphérique n'est pas la seule cause qui en favorise le développement dans ces pays ; l'usage du thé, de la bière, des boissons éminemment diurétiques, ne contribue pas moins à l'y faire naître. Le froid humide, en s'opposant à la respiration cutanée, force

les reins a une activité continuelle pour y suppléer, tandis que les boissons diurétiques indiquées viennent augmenter encore l'action de ces organes. On conçoit aisément que, soumis à l'influence de pareilles causes, ils soient souvent frappés d'inflammation.

*Symptômes.* Quand l'invasion est brusque, un frisson est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste. Bientôt une douleur vive, aiguë, lancinante, ou bien obtuse, gravative, pongitive et profonde, se fait sentir dans la région lombaire, d'un seul ou des deux côtés. Elle se propage souvent à la vessie, à la verge, dans l'aine et au scrotum, quelquefois à la cuisse, qui parfois n'est qu'engourdie, et toujours du côté du rein enflammé, si un seul est dans cet état. La pression, le mouvement, surtout debout; la toux, l'éternument, le rire, les grandes inspirations, les efforts pour aller à la garde-robe augmentent cette douleur. Le malade éprouve dans la partie une sensation de chaleur et de pesanteur, quelquefois de constriction ou de dilacération. L'urine coule goutte à goutte; elle est rare, rouge, sanguinolente, et se supprime entièrement quand les deux reins sont enflammés. D'autres fois elle est aqueuse, claire, limpide, et dépose un sédiment blanc et homogène; enfin dans les cas où il existe des calculs, elle laisse déposer au fond du vase de petits graviers inégaux, irréguliers et semblables à du sable. Des phénomènes sympathiques s'ajoutent à ceux que nous venons de décrire. Ce sont : la rétraction du testicule; des nausées, des vomissemens bilieux, des rots et des vents, un sentiment de constriction à l'épigastre, des douleurs vagues et le ballonnement du ventre, de la diarrhée avec ténesme, la sécheresse de la langue, une soif plus ou moins vive, et un pouls dur, plein et quelquefois petit et intermittent. L'état de la peau n'est pas constant; ordinairement elle est sèche et brûlante, mais quelquefois elle est couverte de sueur, et si le cours de l'urine est entièrement suspendu, la sueur en contracte souvent l'odeur ammoniacale. On observe, dans quelques cas, le hoquet, une toux sèche, la gêne de la respiration, et la douleur de tête et l'insomnie.

Lorsque la douleur du rein est aiguë, pongitive, déchirante, qu'elle survient tout à coup et cesse de même, qu'elle semble suivre et dessiner les uretères, qu'elle diminue dans certaines positions du corps et augmente dans d'autres, il est probable qu'elle est due à la présence de calculs dans le rein. Si en même temps l'urine se supprime subitement avec la naissance de la douleur, et coule de nouveau aussitôt qu'elle s'apaise, et si surtout de petits graviers sont déposés sur les parois du vase de nuit, on ne peut plus conserver de doute sur l'existence d'une *néphrite calculeuse.* C'est principalement dans cette néphrite, et lorsqu'un calcul anguleux chemine lentement dans un uretère dont il déchire les parois, et que ses aspérites s'enfoncent dans la substance même du rein, qu'aux symptômes précédemment décrits se joignent les convulsions ou le délire, effets sympathiques de l'atrocité de la douleur. C'est encore dans ce cas qu'on observe le plus ordinairement les sueurs froides, l'intermittence du pouls et les urines sanglantes. On nomme *coliques néphrétiques*, les douleurs qui accompagnent cette néphrite.

Tels sont les symptômes de la *néphrite aiguë*; ceux de la *néphrite chronique* n'en diffèrent que par l'intensité. Ils peuvent ne consister que dans une douleur médiocre des lombes, celle de l'aine, la rétraction du testicule, l'engourdissement de la cuisse et l'émission d'urines chargées de graviers, et surtout de sang, la vessie n'étant pas malade, et ne se manifester que de temps à autre, et surtout après les excès dans le boire ou le manger. Quelquefois même ils sont si peu marqués, que le diagnostic est difficile; heureusement qu'alors la maladie est peu grave. Quelques malades ont rendu des vers par les urines, et l'on n'a pas manqué de créer aussitôt une espèce de néphrite, qu'on a appelée *vermineuse,* mais il n'existe pas de symptômes propres à cette affection, si ce n'est l'issue même de ces animaux. (Voyez *Productions morbides.*)

Enfin, après des symptômes de néphrite plus ou moins aiguë, mais au milieu desquels on a pu remarquer la plénitude du pouls et la chaleur halitueuse de la peau, lorsque la douleur devient pulsative, le pouls plein et mou, que des frissons alternent avec de petites sueurs, et qu'un poids plus considérable se fait sentir dans la région du rein affecté, c'est qu'il se forme un abcès dans la substance de cet organe. Si le tissu cellulaire qui l'environne participe à l'inflammation, la région lombaire s'empâte, se tuméfie, et une fluctuation profonde se manifeste; le diagnostic alors n'est plus douteux.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La néphrite est ordinairement continue; elle est rarement intermittente, à moins qu'on ne veuille considérer comme des intermissions, les momens de relâche que laisse la néphrite calculeuse. Aiguë, sa durée est de huit à vingt jours; chronique, elle se prolonge indéfiniment et dure souvent toute la vie. Elle se termine par la résolution, annoncée par un sédiment épais, abondant et roussâtre des urines; par suppuration, dont la matière se fait jour par le colon, ou s'épanche dans la cavité abdominale, ou vient former un dépôt à l'aine ou à l'anus, ou séjourne dans le rein et le désorganise, ou bien, dans les cas plus heureux, descend dans la vessie et s'évacue avec l'urine: elle se termine aussi par la gangrène, par induration et désorganisation de l'organe, et enfin par la mort. Cette maladie, presque toujours très-douloureuse, a rarement un issue funeste.

*Caractères anatomiques.* A la suite de la néphrite aiguë, on trouve le rein rouge, gorgé de sang, tuméfié, facile à déchirer, contenant de petits foyers purulens, et quelquefois des calculs libres ou qui ont déchiré la substance dans laquelle ils sont encore implantés. Après la néphrite chronique, l'organe est souvent devenu squirrheux, d'un volume considérable, ou bien il est converti en une matière cérébriforme, graisseuse, osseuse, ou bien encore il est désorganisé au milieu d'un kyste plein de pus, rempli de vers ou d'hydatides.

*Traitement.* Dans l'état aigu de la maladie, il n'y a pas à balancer sur le choix des moyens. La saignée générale répétée, les applications nombreuses de sangsues sur la région des reins, les

cataplasmes émolliens, les bains tièdes prolongés, les demi-lavemens émolliens et narcotiques, la diète et les boissons mucilagineuses, émulsionnées, mais non diurétiques, sont ceux auxquels il faut avoir immédiatement recours. Ce n'est que dans le cas de néphrite calculeuse qu'il est avantageux de rendre les boissons diurétiques. Quand l'inflammation est moins violente, on joint aux moyens précédens, dont on a proportionné l'énergie à l'intensité du mal, les révulsifs sans cantharides, les embrocations d'huile tiède camphrée, et les légers laxatifs. Dans la néphrite chronique, le traitement repose encore sur les mêmes bases, mais les saignées générales deviennent inutiles. On peut insister davantage sur les boissons légèrement diurétiques, et faire usage avec succès des antispasmodiques. Nysten calmait souvent ses douleurs néphrétiques par la seule odeur de l'assafœtida. Un grand nombre de médicamens sont conseillés contre la néphrite calculeuse chronique ou la gravelle. Les principaux sont : la soude ou la potasse, depuis vingt grains jusqu'à deux gros dans les infusions de saponaire, de salsepareille; les pilules savonneuses, le remède de mademoiselle Stephens, l'eau alkaline gazeuse, l'eau de chaux, les limonades faites avec l'acide nitrique ou hydrochlorique, et les décoctions de racine ou de tige d'asperges, de feuilles d'uva-ursi, de racines d'aunée, de fraisier, etc., avec ou sans nitrate de potasse. Le petit-lait, la limonade au citron, le sirop de groseille dans l'eau, l'eau de veau, etc., paraissent aussi avantageux que les boissons précédentes, mais toutes sont inefficaces si le malade ne renonce au vin, à toutes les liqueurs spiritueuses, aux boissons fermentées, aux mets salés, épicés ou trop succulens, trop stimulans, pour se nourrir exclusivement avec des végétaux et avec de l'eau pure. Mais combien peu d'hommes veulent se soumettre à une réforme aussi rigoureuse! M. Magendie cite l'exemple d'un négociant que des revers et des retours alternatifs de fortune firent passer plusieurs fois d'une table bien fournie à un régime forcé d'anachorète, et qui vit les douleurs de la gravelle dont il était tourmenté l'abandonner avec ses richesses et la bonne chère, et reparaître avec elles (1).

Lorsqu'un abcès s'est formé dans la substance du rein, et qu'il se prononce dans la région lombaire, il faut en faire l'ouverture aussitôt que l'on commence à sentir la fluctuation, et même auparavant si l'on se croit assez certain de l'existence de l'abcès, afin d'en prévenir la rupture qui serait suivie d'un épanchement mortel de pus et d'urine dans la cavité abdominale. Le procédé opératoire ne présente rien de particulier.

### De la didymite.

On nomme ainsi l'inflammation des testicules. Elle est aiguë ou chronique, et n'a point encore été observée sous forme intermittente. On la trouve décrite dans les auteurs, sous la dénomination d'*engorgement inflammatoire des testicules*, et d'*orchite*.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Gravelle*, par M. Magendie, tome XI.

*Causes.* Cette phlegmasie se développe souvent à l'occasion de la plus légère violence extérieure exercée sur les testicules. La raison en est dans l'exquise sensibilité de ces organes. Ainsi, un faible froissement ou les secousses imprimées par l'équitation sur un cheval dont le trot est dur suffisent pour la déterminer; à plus forte raison se développe-t-elle par un coup, une pression ou une plaie du testicule. Mais sa cause la plus fréquente est dans l'inflammation de la membrane muqueuse de l'urhètre. (Voyez *Uréthrite.*) Dans quelques cas extrêmement rares, elles est produite par le défaut d'évacuation de la liqueur séminale; on la nomme alors *spermatocèle.* Enfin elle accompagne quelquefois l'engorgement inflammatoire des parotides, connu sous le non d'*oreillons.* (Voyez *Parotidite.*)

*Symptômes.* Ils consistent dans la douleur et le gonflement d'un ou des deux testicules, qui commencent ordinairement par l'épididyme, la rougeur et la tension du scrotum, et la chaleur qui occupe toutes ces parties. La douleur se propage souvent le long des cordons spermatiques jusque dans la région des reins, et le mouvement le plus léger l'augmente si l'organe n'est pas bien soutenu. Enfin, lorsque l'inflammation est très intense, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère et devient dur et élevé, les urines sont rares et briquetées. Lorsque la phlegmasie est chronique, soit qu'elle ait débuté sous cette forme, soit qu'elle ait succédé à l'état aigu, la douleur et la chaleur sont ordinairement peu marquées, quelquefois même presque nulles, et l'engorgement et la pesanteur de l'organe sont les seuls symptômes qui existent. Quelquefois cependant le testicule malade devient le siége de douleurs lancinantes. Pour quelques chirurgiens, ce symptôme est l'indice de la dégénérescence squirrheuse de l'organe et le prétexte de son ablation; aussi extirpent-ils souvent des testicules susceptibles encore de guérison. Il ne faut pas imiter leur conduite, et l'on doit attendre des signes plus certains de désorganisation pour se décider à pratiquer une opération aussi grave. (Voyez *Désorganisations.*)

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Le testicule enflammé acquiert promptement un volume considérable; mais cet engorgement met toujours beaucoup de lenteur à se dissiper, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels et les plus puissans. Très-souvent la phlegmasie passe à l'état chronique, et quand elle paraît même se dissiper complètement, il est rare que le testicule qui en a été le siége ne reste pas un peu plus volumineux qu'il n'était auparavant. L'épididyme surtout conserve presque toujours du gonflement et de la dureté, mais cet état est sans danger si de nouvelles irritations ne viennent l'accroître. Quelquefois la didymite se termine par suppuration, et alors la perte de l'organe en est toujours la suite. Dans tous les cas, même les plus graves, cette phlegmasie n'entraîne jamais la mort.

*Traitement.* Le traitement de la didymite consiste dans l'emploi des saignées générales et surtout des saignées locales, dans l'application des cataplasmes émolliens et narcotiques, les bains tièdes, le repos absolu, l'usage des boissons dé-

layantes, les lavemens émolliens, la diète si l'inflammation est très-intense et accompagnée de fréquence du pouls et de chaleur de la peau. Quand la chaleur locale et la douleur sont en grande partie dissipées, on peut avoir recours aux topiques astringens que nous avons déjà indiqués en traitant de l'uréthrite; on peut également les employer au début de l'inflammation, lorsqu'elle n'a encore qu'une médiocre intensité; mais il est plus prudent, dans ce cas, d'essayer de la faire avorter par les saignées locales abondantes, les bains prolongés et les cataplasmes émolliens. Le traitement de la didymite chronique repose sur les mêmes bases: les emplâtres fondans, tels que celui *de Vigo cum mercurio*, sont souvent très-utiles pour dissiper l'engorgement qui persiste après l'emploi des émolliens et des saignées locales. Lorsque ces moyens, long-temps continués, restent sans effet, nul doute que le testicule ne soit devenu squirrheux; mais il ne faut jamais oublier que l'on n'a la certitude complète de cette dégénérescence, et qu'il n'est permis d'avoir recours à l'ablation de l'organe malade qu'après avoir épuisé toute la série des moyens que l'art conseille, mais surtout après avoir insisté longuement sur les saignées locales et les topiques émolliens. La sensibilité excessive du testicule fait qu'on ne cherche point à s'assurer par le toucher s'il existe ou non de la fluctuation; et l'on n'est ordinairement averti de la terminaison de la didymite par suppuration que par la rupture spontanée de la tunique albuginée et par l'écoulement du pus; mais eût-on acquis la certitude de la formation d'un abcès dans le corps du testicule, il vaudrait autant l'abandonner à lui-même que de l'ouvrir: car toutes les ouvertures spontanées ou artificielles faites à l'enveloppe fibreuse de l'organe, sont immédiatement suivies de l'écoulement de sa propre substance, et par conséquent de sa destruction complète.

Il arrive quelquefois que le testicule s'astrophie à la suite de son inflammation. Il semble que l'absorption continue après que la résolution de l'engorgement est opérée, et qu'elle s'exerce alors aux dépens de l'organe. Aussitôt que l'on s'en aperçoit, il faut suspendre l'emploi des résolutifs et des fondans, et arrêter, s'il se peut, le mouvement d'absorption par des applications fortement narcotiques et astringentes. Mais, le plus communément, ces moyens échouent, et l'organe continue à diminuer jusqu'à ce qu'il soit réduit au volume d'un haricot. (V. *Astrophie des testicules.*)

### De la prostatite.

L'inflammation de la prostate est assez rare; elle affecte tantôt la forme aiguë et tantôt la forme chronique.

*Causes.* La plus fréquente des causes de la prostatite est l'inflammation aiguë ou chronique du canal de l'urètre produite par un coït impur; mais elle est quelquefois la suite d'une chute ou d'un coup sur le périnée, d'une fausse route faite à travers la substance de la glande par un cathétérisme violent, et, selon quelques auteurs, de la suppression des hémorrhoïdes. Dans quelques cas, elle est déterminée par des calculs qui se sont formés au sein de la prostate; mais ces calculs eux-mêmes ne sont-ils pas l'effet d'une inflammation chronique de la glande?

*Symptômes.* Elle s'annonce d'abord par un sentiment de chaleur et de pesanteur au périnée, au devant de l'anus, et par des ténesmes et des envies fréquentes d'uriner. Bientôt des douleurs vives se font sentir au col de la vessie, et tous les efforts pour aller à la garde-robe les augmentent. Le volume de la glande s'accroît: en introduisant le doigt dans l'anus, on sent la tumeur qu'elle forme, et on réveille les douleurs. L'écoulement des urines est rendu de plus en plus difficile par la compression de l'urèthre, et si l'on cherche à sonder le malade, on n'y parvient qu'avec beaucoup de difficultés, et en occasionant des douleurs très-vives lorsque l'instrument arrive à la hauteur de la prostate. Enfin, ces symptômes s'accompagnent toujours de l'accélération du pouls, de l'augmentation de la chaleur de la peau, la constipation, la soif et la perte de l'appétit. On soupçonne que du pus se forme dans la glande lorsque, malgré l'emploi des antiphlogistiques les plus puissans, on ne voit s'opérer aucune diminution dans les symptômes, pas même dans l'obstacle au cours des urines. Assez ordinairement alors il se manifeste de petits frissons passagers à diverses époques du jour; le pouls devient plus large et plus mou, et la peau est légèrement moite. Le pus se rassemble en un seul ou en plusieurs foyers, et il se fait jour par la vessie, par l'urèthre ou par le rectum. Dans ce dernier cas, on peut, avant l'ouverture de l'abcès, sentir la fluctuation en portant le doigt dans l'anus. Quelquefois les abcès situés au dessous de la membrane muqueuse uréthrale sont ouverts par le bec de la sonde, qu'on cherche à placer pour remédier à la rétention d'urine. Après l'évacuation du pus, l'urine s'écoule librement. Si ce liquide n'était rassemblé qu'en un seul foyer, la suppuration, d'abord abondante, diminue par degrés, et le malade finit ordinairement par guérir au bout d'un temps toujours assez long; mais lorsqu'il y a plusieurs foyers dans l'épaisseur de la glande, il est rare qu'ils puissent tous s'ouvrir; alors la fréquence du pouls et la chaleur de la peau continuent, et se manifestent, surtout le soir, par des redoublemens, le malade maigrit, et peut finir par périr dans le marasme.

La prostatite chronique succède souvent à l'aiguë; mais, plus fréquemment encore, elle débute sous cette forme, et sans avoir été précédée de phénomènes inflammatoires. Dans le premier cas, on la reconnaît aisément; mais, dans le second, cela devient quelquefois très difficile au début. On s'aperçoit d'abord que le jet de l'urine est de moins en moins volumineux; souvent il se bifurque ou se contourne en spirale. Il diminue chaque jour, et l'urine ne coule plus que goutte à goutte et avec lenteur. Mais avant que la maladie soit arrivée à ce point, on a presque toujours pu reconnaître la tuméfaction plus ou moins douloureuse de la prostate par l'introduction du doigt dans l'anus. A ce degré, le malade ne peut commettre un excès dans le régime ou les plaisirs vénériens, sans éprouver un accroissement subit dans les symptômes inflammatoires, et souvent une rétention complète de l'urine.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La prostatite aiguë se termine ordinairement en huit à dix jours par résolution ; quelquefois elle se termine par suppuration, souvent par l'état chronique, rarement par gangrène. Dans ces trois dernières circonstances, elle devient toujours une maladie grave, et peut entraîner la mort du malade.

*Caractères anatomiques.* On trouve ordinairement sur les cadavres la prostate qui a été le siége d'une inflammation aiguë, gonflée, rouge, facile à déchirer, et contenant quelquefois de petits foyers purulens séparés, ou bien un seul dépôt occupant presque toute sa substance. A la suite de son inflammation chronique, on la rencontre ordinairement indurée, squirrheuse, et souvent contenant des calculs.

*Traitement.* Il importe beaucoup d'obtenir la résolution prompte de la prostatite, et de prévenir, soit la suppuration, soit le passage à l'état chronique. A cet effet, il faut avoir recours à la saignée générale, mais surtout aux sangsues au périnée, répétées autant de fois que la persistance de l'inflammation l'exige, aux bains tièdes, aux demi-bains émolliens et narcotiques, aux lavemens et aux cataplasmes de même nature, et administrer à l'intérieur des boissons gommeuses, mucilagineuses, des émulsions, de légères doses d'opium, etc., en même temps que l'on recommande une diète sévère. Il est important de ne donner les boissons qu'à de très petites doses, afin de ne pas augmenter la quantité des urines, et par suite les dangers de leur rétention : aussi, lorsque la strangurie est extrême, est-il préférable d'étancher la soif du malade en lui donnant des tranches d'orange ou de citron, ou quelques gorgées de limonade seulement ; à plus forte raison doit-on le faire lorsque l'émission de l'urine est tout-à-fait impossible. Dans ce dernier cas, il faut essayer d'introduire une sonde dans la vessie, et, si l'on ne peut y parvenir, pratiquer la ponction. La situation profonde de la prostate la rendant à peu près inaccessible aux instrumens tranchans, on est dans l'usage de laisser les abcès qui s'y forment s'ouvrir d'eux-mêmes. Cependant les accidens graves qui résultent de la terminaison par suppuration n'autoriseraient-ils pas, dans les cas où il survient des accidens de consomption, à fendre le sphincter de l'anus et la partie inférieure de l'intestin rectum, pour pénétrer jusqu'à la glande et y porter directement les secours de la chirurgie ?

Ce sont encore les mêmes moyens, saignées locales, demi-bains, etc., qui réussissent dans la prostatite chronique ; mais il faut y joindre l'usage des bougies emplastiques d'abord, puis des sondes de gomme élastique, dont on augmente successivement le calibre pour rendre au canal tout son diamètre. Le malade doit les porter long-temps s'il ne veut voir le rétrécissement se reproduire, et ne pas hésiter à les reprendre lorsqu'après les avoir abandonnées, il s'aperçoit qu'au bout de quelque temps le jet de l'urine devient plus délié. On est parvenu quelquefois à dissiper l'engorgement chronique de la prostate par des frictions d'onguent mercuriel au périnée. Tous les auteurs en recommandent l'emploi lorsque la prostatite succède à l'infection vénérienne.

### De l'ovarite.

L'inflammation des ovaires est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement ; mais elle est souvent méconnue dans l'état aigu, plus souvent encore dans l'état chronique, et tant que l'organe n'a pas acquis un volume assez considérable pour être senti à travers les parois abdominales : aussi ne trouve-t-on dans la plupart des ouvrages de pathologie, décrites d'autres maladies de l'ovaire que le *squirrhe* et l'*hydropisie enkystée*. (Voyez *Productions morbides* et *Désorganisations.*)

*Causes.* Nous avons eu plusieurs occasions d'observer l'ovarite aiguë, et toujours nous l'avons vue accompagnant la métrite et persistant après elle. Aussi, nous pensons avec plusieurs médecins que l'inflammation des ovaires est, dans le plus grand nombre des cas, consécutive à l'inflammation de la matrice ou à celle de la portion du pétoine qui les recouvre : on ne conçoit même pas que ces organes puissent s'enflammer autrement. A l'abri de toutes les influences atmosphériques et de toutes les causes ordinaires d'irritation, impassibles au milieu de la souffrance de tous les autres organes, excepté l'utérus et la portion du péritoine qui les touche immédiatement, d'où peuvent en effet leur venir l'excitation et la phlogose, si ce n'est pas les deux voies que nous avons indiquées ? Les contusions et les piqûres ne peuvent les atteindre qu'après avoir lésé des organes dont l'affection, beaucoup plus grave que la leur, réclame toute l'attention du médecin. M. Mêlier pense que l'ovarite se développe le plus communément sous l'influence de la phlegmasie du col utérin.

L'ovarite aiguë survient presque toujours après l'accouchement, comme la métrite ou la péritonite qu'elle accompagne, et presque toujours aussi dans le premier mois des couches. Les auteurs disent qu'elle attaque ordinairement les femmes qui ont les passions très-vives: nous croyons avoir remarqué que ce sont principalement celles chez lesquelles le sentiment de l'amour maternel est très-exalté. L'ovarite chronique succède presque toujours à l'aiguë ; quelquefois elle est produite par la péritonite ou la métrite chroniques et principalement par celle du col.

*Symptômes et marche.* Tant que l'inflammation des ovaires existe avec celle de l'utérus, il est difficile de la reconnaître ; on peut seulement la soupçonner, si la douleur à la pression est un peu plus vive dans les flancs qu'à l'hypogastre, et si l'on y trouve un peu de rénitence. Mais ces signes sont très-incertains, et ce n'est ordinairement qu'après avoir dissipé la métrite que l'on parvient à diagnostiquer la phlegmasie de l'ovaire. Assez ordinairement il y a quelques jours de calme si l'inflammation de l'utérus a été combattue énergiquement par les moyens convenables ; il reste seulement un peu de pesanteur et d'embarras dans un des côtés du bassin, car il est rare que les deux ovaires soient simultanément affectés ; quel-

quefois cependant ces symptômes se font sentir dans les deux côtés. En marchant, la malade éprouve parfois de la douleur dans une hanche, et cette douleur, qui disparaît par le repos du lit, est souvent réveillée par un simple changement de position. Enfin, à la suite d'une imprudence, ou sans cause connue, une douleur plus ou moins vive, sourde ou pongitive, presque toujours circonscrite, se fait sentir dans une ou les deux régions iliaques; elle est peu marquée, en général, tant que la malade reste immobile et couchée, mais la pression, la station prolongée et le mouvement l'augmentent quand elle est intense. Cependant elle est continuelle; le lieu qu'elle occupe est chaud, quelquefois tendu, rénitent et dans quelque cas il s'élève en bosse. Clarus (1) dit qu'en pressant le ventre, les traits du visage se contractent, et que quelquefois même les cuisses sont agitées de convulsions. La contraction des traits du visage est aussi un symptôme de péritonite, et ne peut par conséquent servir au diagnostic de l'ovarite; quant aux mouvemens convulsifs des cuisses, nous ne les avons pas observés. Mais la douleur des lombes, des battemens dans l'aine et dans la partie interne et supérieure de la cuisse du côté affecté, donnés aussi par le même auteur pour les symptômes de l'ovarite, existent en effet quelquefois. Enfin la douleur et l'inflammation peuvent se propager à l'utérus ou à tout l'abdomen; alors les symptômes de métrite reparaissent, ou il en survient de péritonite. En général, l'inflammation aiguë de l'ovarite ne s'annonce que par les symptômes locaux que nous venons d'énumérer; quand elle est très-intense cependant, il s'y joint la fréquence du pouls, de la chaleur à la peau, de la soif, de l'inappétence, la rougeur et la rareté des urines.

Les symptômes de l'ovarite chronique sont les plus obscurs, tant que l'organe n'a pas acquis un certain volume. Ce n'est qu'alors, ou bien lorsqu'elle succède à l'aiguë, que le diagnostic en devient un peu plus facile. En général, la douleur est presque nulle, souvent même elle n'existe pas, et le siége de la tumeur est le seul indice qui fasse penser qu'elle est formée par l'ovaire.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée moyenne de l'ovarite aiguë est de huit à dix jours; elle se termine par résolution dans ce laps de temps, quelquefois par suppuration du douzième au quatorzième jour, et dans quelques cas par la mort du quatrième au cinquième jour; mais sa terminaison la plus fréquente est le passage à l'état chronique, parce qu'elle est souvent méconnue par les accoucheurs, négligée à l'époque où il serait possible de la combattre avec le plus de succès; sous cette forme sa durée est indéfinie. Lorsqu'elle se termine par suppuration, et que le pus est renfermé dans un kyste, l'abcès peut faire saillie à la paroi abdominale correspondante, et être ouvert par l'instrument tranchant. Quelquefois il se rompt, et le pus s'épanche dans le petit bassin; la mort en est alors la suite presque inévitable; mais il arrive plus communément que la poche dans laquelle le pus est renfermé contracte des adhérences, soit avec une portion d'intestin, soit avec la vessie, la trompe utérine ou la paroi supérieure du vagin, et que le liquide purulent sort par l'anus, l'urèthre ou la vulve. La terminaison par gangrène est extrêmement rare. L'ovarite chronique guérit rarement; presque toujours elle passe à l'état de sub-inflammation ou de squirrhe, mais ce n'est ordinairement qu'après plusieurs années de durée qu'elle compromet l'existence des malades.

*Caractères anatomiques.* Lorsque les malades succombent dans l'état aigu, on trouve un ou les deux ovaires gonflés, tuméfiés et rouges, et contenant quelquefois un peu de pus disséminé dans leur substance. Dans un état plus avancé de la maladie, le pus est rassemblé dans un ou plusieurs kystes de grandeur variable : presque toujours alors l'ovaire malade a contracté des adhérences avec les parties environnantes. Mais cette terminaison par suppuration étant assez rare, il est plus fréquent de rencontrer l'ovaire seulement augmenté de volume et injecté. Plus la maladie est ancienne, et moins en général l'injection sanguine est prononcée; il arrive même une époque où elle disparaît presque entièrement; l'organe est alors devenu squirrheux. (Voyez *Désorganisations.*)

*Traitement.* Lorsque l'inflammation des ovaires est très-intense, et qu'elle s'accompagne de fréquence du pouls, chaleur de la peau, soif, etc., il est avantageux d'en commencer le traitement par une ou plusieurs saignées du bras, suivant son intensité; mais, dans le plus grand nombre des cas, la maladie étant tout-à-fait locale, il suffit des applications de sangsues pour la dissiper. On les place de préférence à l'hypogastre et à la région iliaque; plus rarement à la vulve et à la partie supérieure des cuisses. On doit les mettre en assez grand nombre à la fois, faire les applications à peu d'intervalles les unes des autres, vingt-quatre à trente-six heures au plus, et ne les cesser que lorsque la phlegmasie est entièrement enlevée : car, pour peu qu'il reste d'irritation dans la partie, la moindre cause peut ramener la phlegmasie à l'état aigu, ou bien la prolonger sous forme chronique. On fait prendre en même temps des bains entiers, des demi-bains, rendus émolliens par les décoctions de fleurs et de feuilles de mauve, de racine de guimauve, de poirée, etc., des demi-lavemens émolliens et narcotiques que la malade doit conserver le plus long-temps possible, des fomentations ou des cataplasmes de même nature, fréquemment renouvelés, sur la région hypogastrique. A l'intérieur, on prescrira des boissons délayantes ou acidules, au goût de la malade; et si l'irritation sympathique du cœur et de l'estomac est vive, il sera nécessaire de recommander la diète la plus sévère; dans le cas contraire on permettra des alimens légers et pris en petite quantité à la fois. Au lieu des boissons indiquées, on donne de préférence des infusions anti-spasmodiques comme celle de tilleul et de feuilles d'oranger, lorsque le système nerveux est très-irritable. Lorsque la maladie menace de passer à l'état chronique, et que les saignées locales et les autres moyens paraissent sans effet, il

(1) *Annales cliniques* de l'Institut royal de l'hôpital Saint-Jacques à Leipsik, tome I, 2[e] partie.

faut recourir à l'emploi des révulsifs, et placer un vésicatoire à la partie supérieure et interne de la cuisse du côté de l'ovaire malade, ou mieux sur la région iliaque même. Que si le vésicatoire était insuffisant, on ne devrait pas hésiter à employer des révulsifs plus énergiques, tels que le séton, le cautère ou le moxa. Enfin, si une tumeur fluctuante se manifeste à l'abdomen, qu'elle ne s'éloigne pas des parois de cette cavité dans les mouvemens ou par la pression, et que les tégumens qui la recouvrent soient œdémateux, nul doute que la poche remplie de pus formée par l'ovaire, a contracté des adhérences avec la paroi abdominale, on doit alors donner une prompte issue à la matière. A cet effet, on plonge au centre de la tumeur un trois-quarts cannelé, on glisse sur la cannelure un bistouri jusque dans le foyer, et l'on pratique une incision longitudinale qui ne doit pas dépasser les limites de l'adhérence. On fait ensuite une seconde incision, dirigée du côté de la ligne blanche ou vers l'os des îles, selon le cas, et formant une espèce de T avec la première. On évitera avec soin l'artère hypogastrique.

Si l'opinion de M. Mêlier est fondée, il importe de diriger des moyens thérapeutiques contre la maladie du col utérin si l'on veut guérir l'ovarite; on ne peut même espérer d'y parvenir qu'après avoir écarté cette cause qui la perpétue.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

### Considérations générales.

Le système musculaire se partage en deux grandes sections, celui de la vie animale et celui de la vie végétative. Il existe une trop grande différence de formes et de fonctions entre ces deux portions d'un même système qui n'ont de semblable que les élémens de leur organisation, pour qu'il soit possible de les confondre dans les mêmes considérations générales.

Les caractères essentiels du système musculaire de la vie animale sont d'être formés par des fibres rouges, molles, composées essentiellement de fibrine, réunies par du tissu cellulaire, et de posséder à un plus haut degré que tous les autres tissus la faculté de se contracter. Il est en outre pénétré par un très-grand nombre de vaisseaux sanguins, et aucun autre tissu ne reçoit un plus grand nombre de nerfs. On s'étonnerait après cela de la rareté de ses irritations, si l'on ne savait, qu'étrangers dans l'exercice de leurs fonctions aux influences extérieures, les muscles volontaires n'ont qu'un excitant naturel, l'action nerveuse, et qu'ils sont à l'abri de cette multitude de causes dont l'action continuelle sur la peau, les membranes muqueuses, séreuses, etc., produit les maladies fréquentes de ces parties. Il est remarquable aussi qu'ils sont très-peu sensibles dans l'état sain, ce qui contribue sans doute à la rareté de leurs maladies.

L'inflammation des muscles de la vie animale n'est pas très-commune. Si du pus a été trouvé dans quelques uns, on pense assez généralement qu'il provenait de l'inflammation du tissu cellulaire interposé entre leurs fibres. Cependant, il existe quelques exemples de cette inflammation, et nous avons vu, dans les amphithéâtres de dissection, des cadavres dont plusieurs parties du système musculaire, assez fréquemment les muscles pectoraux, étaient injectées de sang, et cette injection nous a paru être le résultat de l'inflammation. Elle n'occupait que quelques muscles, et ce n'étaient pas ceux sur lesquels avait porté le poids du corps; ils étaient d'un rouge très-vif, plus faciles à déchirer que dans l'état sain, et le sang en sortait par gouttelettes à la section. Ce ne sont pas là des effets cadavériques. Nous n'avons pu nous assurer si ces malades avaient succombé à ce que les auteurs appellent *rhumatisme musculaire*.

Des fibres rouges, composées de fibrine et contractiles, forment aussi les caractères du système musculaire de la vie végétative; mais elles sont, en général, plus courtes et plus minces que celles du précédent. Excepté au cœur, elles sont plus blanches et toujours placées sous des membranes muqueuses; elles sont presque partout entrelacées: disposition qui, dans les muscles volontaires, ne s'observe qu'à la langue; enfin elles sont en partie soustraites à l'influence cérébrale directe. Dans ce système, « les nerfs viennent de deux sources; » 1° du système cérébral; 2° de celui des ganglions. » Excepté dans l'estomac, où se distribue la paire » vague, les nerfs des ganglions prédominent par» tout. Au cœur, ils sont les principaux; aux in» testins, ils existent seuls; à l'extrémité du rec» tum et de la vessie, leur proportion est supérieure » à celle des nerfs venant de l'épine (1). » Cette disposition anatomique nous expliquera plusieurs faits de pathologie. Les vaisseaux sanguins abondent dans ce système; l'irritabilité y est presque nulle. A l'abri de l'action des agens extérieurs, les muscles qui nous occupent sont rarement affectés, et, si l'on en excepte le cœur et l'utérus, on ne connaît pas de maladies qui leur appartiennent, le plan musculaire des voies digestives et urinaires ne paraissant jamais irrité que consécutivement aux membranes muqueuses qui le tapissent.

On voit qu'en dernier résultat peu de maladies affectent le système musculaire, soit de la vie animale, soit de la vie végétative, et qu'à l'exception de l'inflammation, le petit nombre de celles qu'on y remarque est peu connu.

### De la myosite.

Avec plusieurs auteurs, nous nommons *myosite* l'inflammation des muscles en général. Les phlegmasies de quelques uns d'entre eux seulement ont reçu des noms particuliers; ce sont celle des muscles intercostaux, qui est appelée *pleurodynie;* celle des muscles des lombes, que l'on nomme *lumbago;* celle du muscle *psoas*, que l'on nomme *psoïte;* celle de la langue, que l'on désigne par le nom de *glossite* et celle du cœur ou la *cardite*. La glossite et la cardite exceptées, toutes ces phlegmasies sont aussi désignées en masse par la dénomination de *rhumatisme musculaire*. On observe la myosite sous forme aiguë, sous forme chronique, et tantôt continue, tantôt intermittente.

(1) Bichat, *Anatomie générale*, tome III, page 346.

*Causes.* L'inflammation des muscles attaque ordinairement les individus depuis vingt jusqu'à cinquante ans; elle est cependant encore assez fréquente chez les vieillards, mais les exemples en sont très-rares chez les enfans. Ce sont en général des hommes robustes et doués d'une bonne constitution qui en sont atteints; certaines idiosyncrasies probablement héréditaires, l'oisiveté et les excès vénériens y prédisposent : on l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes; enfin, les militaires exposés à coucher en plein air, les individus, qui travaillent ayant une partie du corps dans l'eau, ceux que leur profession oblige à passer d'une température élevée à l'air froid, en offrent les plus nombreux exemples. Le froid humide est certainement la cause la plus puissante et la plus ordinaire de cette phlegmasie; aussi la voit-on sévir davantage dans les pays froids et humides, exposés aux vents frais et saturés d'eau et aux variations brusques de température, et dans les saisons du printemps et de l'automne. Elle est le plus souvent produite par les transitions brusques d'une température élevée à une température basse, par le coucher sur la terre humide et froide ou dans un lieu qui réunit ces conditions malfaisantes, et par le contact d'un air froid sur une partie du corps, tandis que le reste est échauffé ou en sueur, et surtout pendant le sommeil. Après ces causes viennent les fatigues excessives, l'abus des liqueurs alcooliques, l'usage d'alimens trop excitans, les gastrites prolongées, et enfin la suppression d'écoulemens et d'hémorrhagies habituelles, et la disparition trop prompte des phlegmasies cutanées.

*Symptômes.* La douleur est à peu près le seul caractère bien saillant de cette phlegmasie. Elle est vive et dilacérante dans l'état aigu; elle occupe le tissu même d'un ou de plusieurs muscles, principalement de ceux des membres; elle augmente quelquefois par le plus léger contact, une faible pression, ou même une petite secousse; mais elle est surtout accrue par les mouvemens qui forcent les muscles enflammés à agir; elle rend même quelquefois ces mouvemens impossibles. Enfin, quand l'inflammation est intense, cette douleur est ordinairement fixe; elle est au contraire vague, et se porte rapidement d'un muscle sur un autre, lorsque la phlegmasie est de moyenne intensité, et à plus forte raison lorsqu'elle est légère; mais, sous ce double rapport, elle offre de nombreuses exceptions. Il est rare qu'il existe un changement de couleur et du gonflement à la peau qui recouvre les muscles enflammés; cependant cela s'observe quelquefois, et chez le malade de la treizième observation dans le premier volume de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, il existait une légère tuméfaction douloureuse au tact, avec nuance brunâtre de la peau. L'invasion de la myosite très aiguë s'annonce ordinairement par des lassitudes et du frisson, bientôt suivie de l'apparition des douleurs, avec dureté, plénitude et fréquence du pouls, chaleur et moiteur de la peau, enduit blanchâtre de la langue, soif et perte d'appétit. Ces phénomènes sympathiques sont en général plus prononcés vers le soir; ils durent tant que l'inflammation musculaire reste intense. Lorsqu'elle a débuté sous forme chronique, ou qu'elle passe à cet état, les symptômes locaux existent seuls, la douleur est en général obtuse et revient à des époques irrégulières; elle est rarement accompagnée de chaleur de la partie.

Lorsque l'inflammation a son siége dans les muscles inter-costaux, elle prend, ainsi que nous l'avons déjà dit, le nom de *pleurodynie*. La douleur occupe toute la poitrine, ou un seul côté ou une petite étendue de ses parois; quelquefois fixe, elle est plus fréquemment mobile; elle gêne la respiration, augmente pendant l'inspiration et la toux, et surtout par la pression et les mouvemens du bras, ce qui la distingue de la douleur pleurétique : enfin, elle rend très-douloureux et souvent même impossible le décubitus sur le côté affecté.

Les muscles des lombes sont assez souvent frappés d'inflammation pour qu'on ait cru devoir décrire leur phlegmasie particulière sous le nom de *lumbago*. Mais on confond sous cette dénomination toutes les douleurs qui se font sentir dans la région des lombes, soit qu'elles aient leur siége dans les aponévroses de cette région, dans les muscles, dans les ligamens et le périoste des vertèbres, soit enfin qu'elles partent des nerfs lombaires ou sacrés, et l'impossibilité de distinguer pendant la vie leur vrai siége, rend cette confusion inévitable, mais elle est sans danger, parce que le traitement reste le même. La douleur est ordinairement fixe et violente; elle occupe toute la région des lombes, de chaque côté de la colonne vertébrale, ou d'un seul côté seulement, et s'étend souvent jusqu'au sacrum et au périnée. Quand elle est très violente, le malade marche courbé, et ne peut en aucune façon redresser la colonne vertébrale; il est constipé, et éprouve même quelquefois de la difficulté à uriner; toute position le fatigue, il ne peut goûter de repos, et est dans une agitation continuelle. Malgré l'intensité de la douleur, il est rare cependant que cette phlegmasie provoque des sympathies.

Enfin, l'inflammation a quelquefois son siége dans l'un des muscles *psoas*, et prend le nom de *psoïte*. Le diagnostic en est assez difficile; cependant le siége de la douleur, la difficulté ou l'impossibilité d'étendre le membre du côté malade, et de lui faire exécuter un mouvement de rotation en dehors, doivent faire soupçonner l'existence de cette phlegmasie, qui du reste est extrêmement rare. Nous ne parlons pas de l'inflammation du diaphragme, ou de la *diaphragmite;* elle n'est pas connue, et toutes les descriptions qu'on en a données doivent être rapportées à la péritonite sous-diaphragmatique, ou à la pleurite sus-diaphragmatique. La *paraphrénésie* des auteurs n'est autre chose que l'une de ces phlegmasies, accompagnée d'irritation cérébrale : il est aisé de s'en convaincre à la simple lecture des symptômes qui lui sont assignés.

*Marche, durée, terminaisons* et *pronostic*. Sous forme aiguë comme sous forme chronique, la marche de la myosite est en général assez lente; elle est aussi fréquemment peut-être intermittente que continue. Dans quelques cas rares, elle ne dure que quatre à cinq jours : cela s'observe surtout dans la pleurodynie et le lumbago; mais le plus ordinairement elle se prolonge pendant quinze, trente, quarante et soixante jours, plu-

sieurs mois, et même plusieurs années; terme moyen, on peut évaluer sa durée à l'état aigu, à trente jours; mais à l'état chronique, elle est indéterminée. Les modes de terminaison les plus ordinaires de la myosite sont la délitescence et la résolution; il est très-rare qu'elle se termine par suppuration, quelques médecins en contestent même la possibilité; sa terminaison par induration est encore plus rare; enfin, il n'existe pas d'exemple de sa terminaison par gangrène. Souvent la résolution de cette phlegmasie est accompagnée de sueurs abondantes, d'une salivation considérable, d'une diarrhée spontanée, ou d'urines sédimenteuses, mais surtout d'hémorragies par le nez, le vagin ou l'anus. Ainsi, le retour des règles, la réapparition d'un flux hémorrhoïdal supprimé, ou une épistaxis, se manifestent souvent dans le cours d'une inflammation musculaire, et la diminuent presque toujours, lorsqu'ils ne la font pas disparaître. On lit dans les auteurs que la rétraction des membres ou leur paralysie, succèdent quelquefois à la myosite chronique, mais nous croyons que, dans la plupart des cas de cette nature, on a pris pour l'inflammation des muscles, des contractions dépendant d'une irritation cérébrale. Cette phlegmasie n'est presque jamais dangereuse.

*Caractères anatomiques.* Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit dans nos généralités.

*Traitement.* Le traitement de la myosite aiguë consiste presque uniquement dans l'emploi des saignées générales et locales, de la diète et des boissons délayantes. Lorsque l'inflammation est très-aiguë, et qu'elle occupe quelque étendue, il est toujours avantageux de commencer le traitement par une ou plusieurs saignées générales, suivant la force du sujet; au contraire, lorsqu'elle est peu intense, et bornée à un seul muscle ou à un très-petit nombre de ces organes, les saignées locales suffisent: on doit même les préférer lorsque l'inflammation a succédé à la suppression des menstrues ou du flux hémorrhoïdal, mais alors il faut les pratiquer à la vulve ou à l'anus. Les décoctions d'orge, de guimauve, de chiendent, le thé léger, les infusions de bourrache, de buglosse, de sureau etc., sont les boissons dont on fait le plus fréquemment usage; ordinairement on y ajoute du nitrate de potasse. La diète doit être d'autant plus sévère, que l'inflammation est plus vive: elle doit être absolue si les voies digestives sont irritées. Dans ce dernier cas, il faut joindre le traitement de la gastro-entérite à celui de l'inflammation musculaire. Lorsque la myosite est chronique, on peut encore, dans certains cas, recourir aux saignées locales, surtout au commencement, et lorsqu'elle débute sous cette forme; mais l'efficacité de ce moyen n'est plus alors aussi marquée que dans l'état aigu; les onctions huileuses opiacées, le baume tranquille, les cataplasmes émolliens et narcotiques, les bains tièdes prolongés pendant cinq et six heures, sont préférables. On en seconde l'efficacité par des boissons chaudes et sudorifiques, telles que les infusions de sureau, de véronique, de sassafras, la décoction de salsepareille, de squine, de gaïac, etc. Les vêtemens de flanelle, les frictions sèches, sont encore utiles; le régime doit être adoucissant. On compte un assez grand nombre de guérisons obtenues par les révulsions exercées sur les voies digestives, à l'aide des purgatifs. Les médicamens qui augmentent la sécrétion des urines sont en général d'un faible secours: on se borne ordinairement à les associer aux précédens. Les narcotiques, et en particulier l'opium, produisent d'assez bons effets. On a employé quelquefois avec succès le quinquina contre les myosites intermittentes. Il faut avoir le plus grand soin d'entretenir autour du malade une température douce, et de le préserver du contact de l'air froid.

La pleurodynie cède ordinairement à l'action des seules boissons sudorifiques; mais il n'en est pas de même du lumbago, contre lequel il faut très-souvent employer plusieurs applications de sangsues et des bains prolongés. Il n'est pas rare cependant de le voir céder promptement à l'administration d'un purgatif drastique, ou de l'essence de térébenthine à la dose de deux-gros dans une potion à prendre par cuillerées éloignées, et quelquefois à de simples lavemens émolliens et narcotiques. La psoïte ne réclame pas de traitement particulier.

## De la glossite.

La glossite est l'inflammation du tissu charnu de la langue. Nous ne donnons pas ce nom à l'inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre cet organe; cette phlegmasie a été décrite à l'occasion de la stomatite, dont elle n'est en général qu'un symptôme. L'inflammation seule du tissu musculaire de la langue va nous occuper ici; elle est aiguë ou chronique, et toujours continue; Claudius cependant rapporte un exemple de glossite intermittente chez une jeune fille.

*Causes.* Les causes de la glossite sont d'abord toutes les plaies faites à la langue par un instrument piquant ou tranchant, un os aigu, une dent cariée et garnie d'aspérités, ou par les dents lors d'une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie, le contact des substances irritantes ou caustiques, la piqûre d'un insecte ou d'un reptile vénimeux; mais elle est le plus ordinairement symptômatique d'une gastro-entérite violente. Quelquefois elle se développe par l'extension d'une phlegmasie des parties environnantes, celle des amygdales, par exemple; plus fréquemment, ce sont des aphthes ou des pustules varioliques développés sur la membrane muqueuse de la langue qui enflamment cette membrane, et par extension le tissu même de l'organe. Le mercure, en déterminant une salivation abondante, provoque parfois la glossite; une forte et subite congestion de sang vers la tête peut déterminer tout à la fois une hémorragie cérébrale ou apoplexie, la turgescence livide de la face et l'inflammation de la langue; enfin elle est quelquefois produite par la présence d'un calcul au sein de l'organe. Dans certains cas, elle survient sans cause connue: M. Sauque en cite deux exemples dans sa thèse (1).

(1) *Dissertation sur la glossite.* Faculté de Paris, 1818, nº 196.

*Symptômes et marche.* La glossite se manifeste ordinairement d'une manière subite. En quelques heures, la langue se gonfle au point de remplir la bouche; en arrière, elle repousse le voile du palais et déprime la glotte; en avant, elle franchit l'arcade dentaire et se porte plus ou moins hors de la bouche; sa surface est ordinairement sèche, rouge, quelquefois brune ou noirâtre, et lorsque la membrane muqueuse participe à l'inflammation, elle est parfois recouverte d'une couche de matière blanchâtre très adhérente, souvent disposée par plaques au dessous desquelles les papilles sont rouges et très-sensibles. La déglutition et l'exercice de la parole sont bientôt difficiles et plus tard impossibles; la respiration est gênée; une salive épaisse et plus ou moins abondante s'écoule; enfin, chez quelques sujets, le visage se gonfle et prend une teinte violette. Lorsque l'inflammation est parvenue à un certain degré d'intensité, le pouls devient dur et fréquent, la peau est brûlante et se couvre de sueur, et les urines sont rouges et déposent un sédiment briqueté. Enfin, la tuméfaction de la langue fait des progrès rapides, la respiration ne s'opère plus qu'avec une difficulté extrême; il y a imminence de suffocation, des symptômes de congestion cérébrale se manifestent, et le malade succombe si l'on n'y porte remède.

Assez fréquemment la glossite est accompagnée de l'inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais, ou des glandes sous-maxillaires. Il n'est pas rare non plus de la voir exister avec une gastro-entérite, dont elle n'est souvent qu'un symptôme; mais, dans ce cas, elle n'acquiert jamais ce haut degré d'intensité que nous avons décrit. L'état de rougeur de la langue, et la sensation de picotement ou de brûlure que l'on observe chez quelques malades atteints de gastro-entérite, constituent réellement un premier degré de glossite sympathique.

La glossite chronique est rare; elle n'est jamais primitive et succède toujours à l'aiguë. On voit alors la langue conserver le volume énorme qu'elle a acquis, pendre hors de la bouche, et conserver de la rénitence en cessant d'être douloureuse.

Quelquefois le volume de l'organe n'est pas aussi considérable, à beaucoup près; la maladie est alors peu grave. M. le docteur Sauque rapporte, dans sa thèse, l'exemple d'une dame qui, à la suite d'aphthes compliqués de glossite, a conservé un gonflement de la langue peu considérable, mais qui l'est cependant asssez pour gêner la parole (1).

La désorganisation cancéreuse est quelquefois la suite de la glossite chronique, mais elle survient plus communément dans d'autres circonstances que nous ferons connaître lorsque nous traiterons des *désorganisations*. Enfin, il existe une espèce de gonflement de la langue dont les crétins offrent plusieurs exemples, qui est plutôt une irritation nutritive, une hypertrophie de cet organe, qu'une inflammation. Dans cette affection, la langue pousse les dents en avant, les renverse et les use; elle est sillonnée par les os, s'avance hors de la bouche, la salive s'écoule de chaque côté, et le visage offre l'aspect le plus hideux. Cet état est irrémédiable.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de cette phlegmasie, à l'état aigu, n'est en général que de quelques jours; à l'état chronique, elle dure indéfiniment, ou du moins très long-temps. Son mode de terminaison le plus ordinaire est la résolution; quelquefois elle se termine par suppuration; très-rarement par gangrène. Ce n'est que lorsqu'elle accompagne une affections corbutique, ou lorsqu'elle dépend d'une gastro-entérite intense, qu'elle peut avoir quelquefois cette dernière terminaison. Enfin, nous avons vu qu'elle est parfois mortelle, et que, dans quelques cas, elle passe à l'état chronique. La glossite est souvent une maladie grave, mais l'art possède des moyens presque assurés d'en arrêter les progrès funestes. L'anatomie pathologique n'a rien appris sur l'état de la langue après la mort.

*Traitement.* Lorsque la glossite est légère, il suffit en général de la diète, des boissons délayantes et mucilagineuses ou acidules, nitrées ou légèrement laxatives, de gargarismes également acidulés et émolliens, enfin de pédiluves sinapisés et de lavemens laxatifs, pour la dissiper. Mais comme très-souvent elle est symptômatique d'une irritation gastro-intestinale, c'est contre cette dernière affection qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques: ils suffisent presque toujours alors pour faire cesser les deux phlegmasies en même temps. Mais lorsque la glossite est intense on ne saurait employer des moyens trop prompts ni trop actifs; il faut en toute hâte pratiquer une saignée de la jugulaire, du bras ou du pied, et y revenir promptement si la violence des symptômes et la force du sujet y autorisent. On obtient presque toujours des effets beaucoup plus rapides de la saignée des veines ranines, lorsqu'elle est possible, ce qui est rare, ou de l'application de nombreuses sangsues au cou, et mieux sur la langue elle-même. En même temps, on a recours aux moyens simples précédemment indiqués; seulement lorsque les voies digestives sont saines, on administre avec succès un émétique ou des purgatifs drastiques, qui produisent des révulsions promptes et salutaires. Dans les cas où le gonflement trop considérable de la langue rend la déglutition impossible, on apaise la soif du malade par des bains, des lavemens, et en humectant la langue avec des tranches de citron ou d'orange. Enfin, si, malgré tous ces moyens, la tuméfaction de la langue augmente sans cesse, et s'il y a danger de suffocation, il faut sans hésiter pratiquer deux profondes scarifications dans le tissu de l'organe, depuis sa base jusqu'à sa pointe. La diminution du gonflement, de tous les symptômes inflammatoires et des accidens qui en dépendent, suit promptement cette opération, et les incisions pratiquées se réduisent considérablement. S'il arrivait cependant que ce moyen restât sans effet, et que la suffocation devînt de plus en plus imminente, on devrait ouvrir la membrane crico-thyroïdienne.

Lorsque la glossite se termine par suppuration, on donne issue au pus par le moyen d'une incision pratiquée avec le pharyngotome ou le bistouri, et on prescrit les gargarismes émolliens, miellés,

(1) *Dissertation citée.*

acidulés, puis astringens; et si la suppuration se prolonge, on les remplace par des injections toniques de décoction de quinquina avec le miel rosat, ou de teinture de myrrhe ou de baume du Pérou. Quand la gangrène a été la suite de l'inflammation, on emploie les gargarismes faits avec la décoction de quinquina, et acidulés avec un acide minéral, et l'on retranche les portions gangrénées.

On obtient difficilement la guérison de la glossite chronique. Cependant, par la persévérance dans l'emploi des saignées locales et de tous les moyens antiphlogistiques conseillés pour l'état aigu, par des révulsions exercées sur le tube intestinal, et plus tard par l'emploi des topiques narcotiques et des astringens, des vapeurs aromatiques dirigées sur la langue, d'incisions nouvelles pratiquées sur cet organe, et des ventouses sèches et scarifiées autour des mâchoires et à la nuque, on peut espérer de la guérir quelquefois. La compression a paru produire de bons effets chez une malade. Quelquefois on est forcé d'avoir recours à l'extirpation d'une portion plus ou moins considérable de la langue. (Voyez *Désorganisations.*)

### De la cardite.

La cardite, ou l'inflammation du tissu même du cœur, est une maladie sur laquelle il règne encore beaucoup d'obscurité. Cette phlegmasie est rare : on l'a cependant observée à l'état aigu et à l'état chronique.

*Causes.* Le plaies du cœur, les contusions, la rupture d'un des piliers de cet organe, les efforts violens et la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, en sont quelquefois les causes, mais elle est plus fréquemment produite par l'extension de la phlegmasie d'une partie voisine, et principalement du péricarde, et bien plus souvent encore par l'influence sympathique des inflammations graves, qui augmentent beaucoup les contractions du cœur ou qui les accélèrent pendant long-temps, et surtout par celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale. L'inflammation occupe quelquefois, dit-on, toute l'étendue du cœur; mais il n'en existe pas d'exemple bien avéré. Quant à l'inflammation partielle, on en possède des observations assez nombreuses ; c'est à elle qu'il faut rapporter les abcès circonscrits développés dans le tissu même du cœur; les ulcérations qui pénètrent plus ou moins profondément dans sa substance, ainsi que le ramollissement et l'endurcissement de quelques points de cet organe.

*Caractères anatomiques.* Les altérations que l'on observe à la suite de la cardite aiguë et chronique sont nombreuses et assez bien connues. Ainsi on a trouvé le tissu du cœur ramolli partiellement et dans toute son étendue; flasque, mou, facile à déchirer, et d'un rouge foncé ou même brunâtre, après la cardite aiguë; décoloré, pâle ou jaunâtre, après la cardite chronique. On a vu des portions plus ou moins étendues de cet organe, un ventricule, une oreillette, les valvules, ayant acquis la consistance des fibro-cartilages ou celle des cartilages, quelquefois ossifiées, et d'autres fois incrustées de matière calcaire. On a rencontré des érosions, des ulcères superficiels et étroits à la partie interne ou à la partie externe du cœur, des ulcérations pénétrant profondément dans sa substance, au point d'en perforer les parois, et de petites collections purulentes logées dans l'épaisseur du tissu ou entre les piliers. L'inflammation de la membrane interne du cœur, ou celle du péricarde qui le recouvre, accompagnent toujours les altérations que nous venons de décrire, et celles-ci existent constamment du côté de celle de ces deux membranes qui est enflammée. On en a conclu, avec raison, que ces altérations étaient, dans le plus grand nombre des cas, et peut-être dans tous, précédées par la phlegmasie des membranes; en un mot, que l'inflammation du tissu propre du cœur n'était que très-rarement et peut être jamais primitive. Il faut en excepter peut-être les cardites qui succèdent à la disparition subite d'une phlegmasie musculaire, l'irritation qui abandonne un tissu ayant toujours plus de tendance à se développer dans un tissu de même nature.

*Symptômes.* Si l'antaomie pathologique de la cardite laisse peu de chose à désirer, il est loin d'en être de même du diagnostic. Corvisart dit positivement que les signes de la cardite aiguë ne diffèrent pas de ceux de la péricardite (1) ; et tous les médecins qui ont écrit sur cette maladie depuis ce savant observateur, font le même aveu. Les symptômes sont seulement plus violens, disent-ils; l'anxiété est des plus considérables, le pouls d'une fréquence, d'une petitesse et d'une faiblesse extrêmes ; il est intermittent; les lipothymies sont fréquentes ; mais il est évident que ces symptômes appartiennent aussi à la péricardite très-aiguë. Cependant, lorsqu'une douleur vive, poignante et profonde se fait sentir dans la région du cœur, que les syncopes sont très-fréquentes, que l'anxiété est extrême, que le pouls est serré, petit, tremblant, dur et très-variable, on ne peut douter de l'existence d'une inflammation du cœur; mais il est plus que probable que le péricarde est en même temps enflammé. Chaque fois du moins que Corvisart a observé ces symptômes, il a rencontré sur les cadavres la double inflammation du cœur et de son enveloppe (2). L'auscultation n'ajoute malheureusement que peu de chose à ces signes; elle nous apprend seulement que les contractions du cœur sont vives, précipitées et comme convulsives. Le docteur Folchi donne comme symptôme constant de cardite, un pouls d'une telle vitesse qu'il est difficile d'en compter les battemens, et un tressaillement de l'artère sous le doigt, où elle produit la sensation de légers soubresauts. Il semble, dit-il, qu'à chaque pulsation l'artère revienne sur elle-même avant que sa dilatation ait eu lieu complètement, de manière que le mouvement confus qui en résulte s'oppose à ce qu'on puisse compter exactement les battemens (3).

La cardite chronique est bien plus difficile encore à diagnostiquer. Si elle a produit le ramollissement de l'organe, les contractions en sont faibles, tantôt précipitées et tantôt lentes sur le même in-

(1) *Essai sur les maladies du cœur*, page 258, 3e édition.

(2) *Ouvrage cité*, même page.

(3) *Archives générales de médecine*, tome VI, pages 282 et suivantes.

dividu ; leur son est plus sourd, plus obscur, plus obtus que dans l'état normal ; les battemens du pouls sont fréquens, mais mous et sans vigueur ; et il existe des signes d'obstacle à la circulation, comme étouffemens, palpitations et infiltration séreuse. Si, au contraire, la cardite chronique est très-ancienne et a entraîné l'endurcissement d'une portion du cœur, la force et surtout le bruit considérable des contractions peuvent faire soupçonner cette altération.

La cardite est une maladie grave ; à l'état aigu, elle est presque constamment mortelle, et la mort survient quelquefois d'une manière subite.

*Traitement.* Soit que l'on parvienne à reconnaître d'une manière certaine l'existence d'une cardite aiguë, soit que l'on ne puisse pas acquérir la certitude positive de son existence, comme elle ne peut être confondue qu'avec la péricardite, il faut immédiatement soumettre le malade au traitement anti-phlogistique le plus actif. On doit employer d'abord, et presque exclusivement, les saignées générales : on peut ensuite faire des applications de nombreuses sangsues à la région précordiale, et l'on prescrit en même temps la diète absolue, les boissons délayantes, gommeuses ou acidules, et le repos le plus parfait. La conduite du médecin doit encore être la même dans le cas de la cardite chronique ; seulement les moyens indiqués sont proportionnés à l'intensité de la phlegmasie, et l'on peut y joindre l'emploi des révulsifs, tels que les pédiluves, les vésicatoires, les cautères, les sétons ou les moxas, et à l'intérieur, les purgatifs ou les diurétiques.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBREUX.

### Considérations générales.

Les membranes fibreuses proprement dites, les capsules fibreuses, les gaînes tendineuses, les aponévroses, les tendons et les ligamens appartiennent tous à ce même système.

Formé de fibres blanches ou jaunes, tantôt parallèles et tantôt entre-croisées en divers sens, dures et légèrement élastiques, le tissu fibreux est partout d'une densité remarquable et d'une consistance assez grande. On ne lui connaît point de vaisseaux sanguins dans quelques unes de ces parties, telles que les tendons ; il en existe très-peu dans les autres portions, excepté dans la dure-mère et le périoste ; enfin les dissections les plus délicates n'ont pu faire découvrir de nerfs dans aucun point de ce système, et les vaisseaux lymphatiques n'ont été rencontrés que dans les plus gros faisceaux. Non contractile, il est sensible à l'action des stimulans de toute espèce, et ne cause de la douleur que lorsqu'on le soumet à une extension violente et subite accompagnée de torsion. Ses fonctions sont purement mécaniques ; il sert de moyen d'union et d'attache solide entre les os (ligamens) ; il transmet à ces leviers, d'une manière tout-à-fait passive, les efforts musculaires (tendons), enfin, il forme des enveloppes solides à différentes parties (périoste, dure-mère, sclérotique, aponévroses, capsules fibreuses, gaînes tendineuses, etc.).

Presque toutes les parties de ce système sympathisent entre elles, les tendons excepté, qui de toutes possèdent le moins de vitalité. Cette relation est surtout très-active entre celles qui entourent les articulations des membres, comme l'observation de l'*arthrite* en fournit tous les jours la preuve. Il est en même temps uni par d'étroites sympathies avec les autres organes et surtout avec le cœur et l'estomac. Mais il faut remarquer que ces liaisons sympathiques ne se prononcent que dans les cas d'inflammation, et qu'on en cherche en vain la trace dans l'état de santé ; ce qui prouve que, quoique actives, elles le sont moins que celles qui existent entre les principaux organes.

L'inflammation est le seul mode d'irritation connu dans le système fibreux ; elle y est aiguë ou chronique, mais plus fréquente sous cette dernière forme. En général, une rougeur peu marquée, un gonflement presque insensible, une chaleur assez vive et beaucoup de douleur en forment les principaux traits. On lui donne aussi pour caractères, d'être très-mobile, c'est-à-dire de se porter rapidement et pour la cause la plus légère, d'un point du système fibreux à l'autre ; de pouvoir se résoudre même après un temps très-long ; de parcourir très-lentement ses périodes alors même qu'elle est aiguë ; de tendre à débuter sous forme chronique ou à la revêtir après avoir été aiguë, enfin de se terminer souvent par des dépôts de gélatine ou d'albumine et des concrétions calcaires. Ces particularités trouvent une explication naturelle dans le peu d'activité organique du système fibreux, sa densité, sa texture, son mode de nutrition et la nature des matériaux qu'il s'approprie. La plupart cependant se représentent dans d'autres tissus ; toutefois elles n'y sont pas aussi marquées que dans celui-ci. Mais un de ces caractères appartient en propre aux phlegmasies du système fibreux, c'est celui de leur terminaison par des dépôts de gélatine ou d'albumine, auquel on peut joindre, mais comme caractère négatif, celui de donner rarement lieu à de véritables suppurations. L'injection sanguine des tissus, leur ramollissement, les végétations, les dépôts d'albumine ou de gélatine, les concrétions calcaires, et, dans quelques cas, des ossifications, sont les traces que laisse après elle l'inflammation du système fibreux en général.

Nous ne nous occuperons pas des inflammations de la dure-mère, du feuillet fibreux, du péricarde, de la membrane propre du rein, de celle de la rate, de la tunique fibreuse ou albuginée des testicules et des ovaires, de l'enveloppe fibreuse de la verge et du clitoris, des ligamens intervertébraux, des aponévroses, des gaînes tendineuses, des tendons et des capsules fibreuses. Ces inflammations, ou n'existent jamais isolées, ou n'ont pas de signes propres qui puissent permettre de les reconnaître. La dure-mère ne s'enflamme ordinairement que lorsqu'elle est mise à nu, et son inflammation n'est alors qu'un accident secondaire dans la maladie. (Voyez *Lésions de continuité.*) Si la phlegmasie est quelquefois primitive, comme il n'est pas permis d'en douter, on n'en connaît pas les signes ; les fongus de cette membrane naissent

très-probablement sous l'influence de son inflammation chronique. (Voyez *Productions morbides.*) Le feuillet fibreux du péricarde s'enflamme peut-être isolément quelquefois, et c'est probablement par lui que commence ordinairement la péricardite qui succède à la disparition subite d'une arthrite; mais comment le savoir pendant la vie? L'inflammation de la membrane propre du rein et celle de la rate peuvent se développer peut-être dans la même circonstance: mais elles sont bien plus fréquemment sans doute consécutives à la péritonite, ou à la néphrite, ou à la splénite elles-mêmes, et d'ailleurs, comme les précédentes, elles manquent de signes propres. La tunique fibreuse ou albuginée des testicules présente quelquefois des fongus: ce qui prouve qu'elle est peut-être irritée isolément, mais la même obscurité règne sur son diagnostic. On ne sait absolument rien sur l'inflammation de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Quelques auteurs pensent que la carie des vertèbres commence souvent par l'inflammation des ligamens intervertébraux, mais ce n'est qu'une supposition dont il est difficile d'administrer la preuve; et puis, c'est encore la même absence de signes diagnostiques. On ne peut que supposer également l'inflammation des aponévroses et des gaînes tendineuses; celle des tendons est plus que douteuse; enfin les capsules fibreuses ne s'enflamment très-probablement que consécutivement aux membranes synoviales qu'elles recouvrent plus ou moins complètement. Nous n'aurons donc à étudier que les inflammations de la cornée, de la sclérotique, du système fibreux des articulations, et du périoste.

### De la cornéite ou kératite.

On nomme ainsi l'inflammation de la cornée(1). Elle est aiguë ou chronique; on ne l'a pas observée sous forme intermittente.

*Causes.* L'inflammation de la cornée est plus ordinairement produite par l'extension de celle de la conjonctive ou de la sclérotique; ses causes les plus fréquentes sont donc toutes celles de ces dernières phlegmasies. Parmi ces causes, on signale cependant la variole, la rougeole, la scarlatine et le virus syphilitique, comme déterminant plus fréquemment l'extension de l'inflammation de la conjonctive à la cornée. La cornéite n'est donc que très-rarement primitive; cela n'arrive que lorsqu'un agent chimique ou mécanique a porté son action immédiatement et exclusivement sur la cornée.

*Symptômes et marche.* Lorsque la conjonctivite ou la sclérotite se propagent à la cornée, la vue commence à s'obscurcir et les malades se plaignent de ne voir qu'à travers un nuage; on s'aperçoit que cette membrane perd de sa transparence, elle devient un peu terne: mais jusque là elle n'est encore pénétrée que par des fluides blancs. Si l'inflammation primitive cesse alors, la cornée reprend promptement sa diaphanéité; mais si l'inflammation s'accroît, cette membrane s'injecte de sang, quelques vaisseaux se dessinent à la circonférence, ou convergent vers le centre, ou bien sont tellement multipliés qu'elle paraît uniformément rouge; dans ces cas, les malades ne voient plus les objets que confusément, et tout leur paraît rouge. Quelquefois la congestion se fait avec tant de force, que du sang s'extravase entre les lames de la cornée.

A ce degré, la cornéite est encore susceptible de résolution; mais lorsque l'inflammation est très-violente ou qu'elle se prolonge, la cornée se désorganise, elle perd sa cohésion, et se convertit en une pulpe gélatiniforme, d'un gris cendré et quelquefois rougeâtre (1). Cet état de ramollissement persiste pendant plusieurs semaines, tandis que les symptômes d'inflammation disparaissent; alors des vaisseaux sanguins se développent sur la conjonctive et la sclérotique, et se portent de toutes parts vers les points altérés de la cornée; cette membrane devient successivement rougeâtre, gris foncé, blanchâtre, et enfin blanche dans tous les points ramollis; elle y acquiert de la densité et devient opaque. Bientôt après les vaisseaux variqueux de la conjonctive disparaissent. Le ramollissement de la cornée n'est pas toujours précédé de son injection sanguine; le plus ordinairement il est même la suite du simple obscurcissement de cette membrane accompagnant une violente conjonctivite.

Dans les cas les plus graves, la cornée est non-seulement ramollie, mais encore elle s'infiltre de pus, et tantôt on distingue un cercle jaune d'une ou deux lignes de largeur autour d'elle, tantôt la suppuration est bornée à une petite étendue de cette membrane, et le plus souvent à son centre. Elle est d'abord tendue, plus ou moins soulevée par le pus, et elle dépasse le niveau de la conjonctive oculaire quand la suppuration occupe son étendue. Au bout de quelques semaines, l'absorption s'empare du pus infiltré, la cornée présente bientôt çà et là des enfoncemens, des saillies et des rides, et quand toute la matière purulente est résorbée, elle s'affaisse sur l'iris en perdant sa convexité. Plus tard elle finit même par s'amincir, par l'absorption de son propre tissu (2).

Quelquefois, surtout chez les enfans, il arrive qu'un véritable abcès se forme dans l'épaisseur de la cornée que l'inflammation vient d'occuper. Cet abcès se forme plus ou moins profondément: il commence ordinairement par une tache dans un point quelconque de la membrane; la tache s'agrandit, s'épaissit, et prend la couleur blanche ou jaunâtre du pus qui la forme. On juge approximativement de sa situation dans l'épaisseur de la cornée, en examinant l'œil de côté. Si l'abcès est superficiel, il fait saillie à la surface de la membrane (pustule de la cornée); s'il est le plus profond possible, il semble n'être séparé de la chambre antérieure de l'œil que par la tunique de l'humeur aqueuse; l'absence de ces deux signes

(1) Malgré les nombreuses différences de structure qui existent entre la cornée et la sclérotique, la première de ces membranes ne nous en paraît pas moins de nature fibreuse comme la seconde.

(1) *Mémoire sur la kératite*, etc., par G. Mirault, médecin à Angers, etc. *Archives générales de médecine*, tome III, pages 5 et suivantes.

(2) Mirault, *Mémoire cité*.

indique sa situation à la partie moyenne. Ces abcès se développent aussi souvent peut-être à la suite de la conjonctivite chronique qu'après l'aiguë; ils deviennent eux-mêmes causes d'un travail inflammatoire tout autour d'eux; un cercle rougeâtre les entoure, une vive douleur les accompagne ordinairement, et la difficulté avec laquelle les malades supportent l'action de la lumière ne permet qu'avec peine l'examen des yeux. La matière purulente est quelquefois résorbée; d'autres fois l'abcès s'ouvre au dehors, et il en résulte une petite plaie qui ne se cicatrise en général qu'avec difficulté; dans d'autres circonstances, l'art intervient pour donner issue au pus; enfin, dans quelques cas, ce pus s'épanche dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse. Dans tous les cas, il reste une cicatrice opaque, qui nuit à la vision en proportion de son étendue et en raison du siége plus ou moins rapproché de l'axe de la pupille.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de la cornéite dépend de son intensité et de la plus ou moins grande énergie du traitement; elle ne peut donc pas être déterminée d'une manière générale: on a seulement remarqué que celle qui est produite par le contact du pus, provenant d'une uréthrite syphilitique ou d'un bubon, est en général beaucoup plus rapide que dans toute autre circonstance. Elle peut se terminer par résolution, par suppuration, par induration ou opacité de la cornée (*albugo*, *leucoma*), par la rupture de cette membrane, toujours suivie de l'évacuation plus ou moins complète des humeurs de l'œil et de son adhérence à l'iris, et par gangrène. La terminaison par la rupture de la cornée est toujours accompagnée de violentes douleurs, et souvent d'inflammation cérébrale promptement suivie de la mort. Le pronostic de la cornéite n'est pas grave, tant que la membrane ne se ramollit ni ne s'injecte de pus: mais arrivée à ces degrés, ses moindres inconvéniens sont de laisser sur la cornée des taches ineffaçables, qui gênent plus ou moins la vision: elle peut entraîner la perte de l'œil; enfin, elle peut, en déterminant l'inflammation de l'encéphale, être suivie de la mort.

*Caractères anatomiques.* M. Jadelot en disséquant les parties qui avaient été le siége de l'inflammation, a trouvé la cornée boursouflée, terne, et comme infiltrée d'un fluide albumineux, et dans d'autres cas, opaque, jaune, saillante, bosselée, presque détachée de la sclérotique. (*Annuaire des hôpitaux.*) M. Mirault a vu, dans un cas, cette membrane ramollie dans toute son épaisseur, et se convertissant en bouillie lorsqu'il la râclait avec l'ongle; chez un autre malade, il l'a vue ramollie dans le tiers seulement de son épaisseur, et se détachant en une sorte de pulpe ou de crême sous le dos du scalpel; enfin, dans un cas de terminaison par gangrène, il a trouvé la cornée convertie en une substance d'un gris noirâtre et presque diffluente (*Mémoire cité*).

*Traitement.* Il est le même que celui de la conjonctivite; les saignées locales et générales doivent être employées avec la plus grande énergie au début pour faire avorter, s'il est possible, l'inflammation. Quand on est parvenu à en modérer l'intensité et à en ralentir les progrès, il faut avoir recours aux révulsifs sur la peau, à la nuque et sur les voies digestives. Les malades doivent être mis à la diète absolue et à l'usage des boissons rafraîchissantes pendant toute la période d'acuité. (Voyez *Conjonctivite.*)

Le traitement que les auteurs conseillent d'opposer aux abcès qui se forment dans le tissu de la cornée transparente varie un peu selon que ces abcès ont leur siége près de la face postérieure de cette membrane ou près de sa face antérieure. Dans le premier cas, en effet, on ne peut guère penser à les ouvrir à l'aide de l'instrument tranchant; car il faudrait pour cela traverser toute l'épaisseur du miroir de l'œil, et l'on a généralement reconnu qu'on devait les abandonner à eux-mêmes jusqu'à ce qu'ayant produit un épanchement dans la chambre antérieure de l'œil, on puisse leur appliquer le traitement de l'*hypopion*. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque ces abcès sont saillans en avant (*pustules de la cornée*), on a pensé qu'on abrégerait la durée de la maladie et qu'on préviendrait les douleurs aiguës, ainsi que la recrudescence des accidens inflammatoires dont leur ouverture spontanée est toujours précédée ou accompagnée, en les incisant avec la pointe d'une lancette, et cette pratique a été généralement recommandée. Cependant l'expérience a prouvé à Scarpa (1) qu'elle est non-seulement inutile, mais encore qu'elle est nuisible; inutile, parce que le pus qui constitue ces sortes d'abcès est ordinairement si épais et si tenace, qu'il ne sort pas par l'incision pratiquée; nuisible, parce que cette incision ajoute sans fruit à l'irritation déjà existante. Ce praticien, dont l'opinion doit être d'un grand poids dans le sujet qui nous occupe, conseille en conséquence de se borner à calmer les douleurs par des applications émollientes, et d'attendre qu'ils s'ouvrent spontanément. Quelle que soit la conduite qu'on ait tenue, il est rare que l'ouverture de l'abcès de la cornée soit suivie d'une guérison prompte et facile. En effet leur moindre inconvénient est de laisser une tache qu'il est souvent impossible de faire disparaître; presque toujours ils donnent naissance à des ulcères grisâtres et livides dont les bords sont tuméfiés et irréguliers. Ces ulcères fournissent une sérosité âcre, ils provoquent une douleur vive et brûlante, s'accroissent incessamment, et finissent ordinairement par envahir une grande partie de la cornée, ou bien ils la perforent, et donnent lieu à l'évacuation de l'humeur aqueuse, souvent à une hernie de l'iris, quelquefois même à l'évacuation complète des humeurs de l'œil. Il est donc de la plus haute importance d'en arrêter les progrès. Le meilleur et presque l'unique moyen (2) d'y réussir consiste, après avoir calmé les principaux symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques ordinaires, à cautériser profondément la surface de l'ulcère avec un morceau de nitrate d'argent taillé en pointe. Cette petite opération est assez douloureuse; mais aussitôt que la surface ulcérée est convertie en escharre, on voit disparaître non-seulement les douleurs produites par la cautérisation, mais encore les douleurs habi-

(1) Scarpa, *ouvrage cité.*
(2) *Ouvrage cité.*

ainsi que le larmoiement, qui ne reparaissent qu'après la chute des escharres, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre jours. On recommence alors l'opération, et on la réitère autant de fois qu'après la chute de l'escharre l'ulcère reste grisâtre et douloureux. Aussitôt qu'il se recouvre de bourgeons, on cesse l'emploi du caustique, qui deviendrait alors nuisible.

### De la sclérotite.

L'inflammation isolée de la membrane sclérotique est excessivement rare; cependant quelques auteurs l'ont observée et décrite. On n'en connaît que la forme aiguë.

*Causes.* La sclérotite naît, comme la cornéite, sous l'influence des mêmes causes qui produisent l'inflammation de la conjonctive: les observateurs n'en indiquent aucune qui lui soit spéciale.

*Symptômes.* Les principaux caractères de la sclérotite sont: une injection vasculaire extrêmement multipliée, et une rougeur très-vive, sans gonflement appréciable de la conjonctive. Les vaisseaux injectés offrent la disposition suivante: ils se portent en ligne droite et en convergeant vers la cornée, et ils forment souvent autour d'elle, et à quelque distance de son bord, une zone d'un rouge vif, sans injection ni obscurcissement. On observe quelquefois aussi des bosselures qui paraissent être le résultat du ramollissement et de l'amincissement de la sclérotique. Le *staphylôme* de cette membrane n'est souvent que le symptôme de son inflammation.

*Traitement.* Il n'offre rien de particulier; c'est celui de la conjonctivite aiguë.

### De l'arthrite (1).

Nous décrirons sous ce nom trois maladies différentes que rapproche un caractère commun, savoir l'inflammation du système fibreux des articulations, mais que des différences marquées ne permettent pas de confondre dans la même étude. Nous tracerons donc séparément l'histoire de chacune de ces phlegmasies, sous les dénominations consacrées par plusieurs auteurs, d'*arthrite traumatique*, *arthrite rhumatismale*, et *arthrite goutteuse*.

#### Arthrite traumatique.

L'arthrite traumatique est l'inflammation du système fibreux des articulations survenant à l'occasion des violences extérieures. Nous ne comprenons pas sous cette dénomination l'inflammation de la capsule synoviale, ni celle des cartilages articulaires, ni celles des surfaces articulaires des os: ces phlegmasies seront décrites plus tard, chacune à la place qui lui convient. (Voyez *Synovite*, *Chondrite*, et *Ostéite articulaire*.)

*Causes.* Les coups, les chutes sur les articulations, les plaies et les fortes contusions de ces parties, la distension des ligamens dans la *foulure*, l'*entorse* et les luxations, enfin les efforts violens et prolongés ayant pour but de réduire les luxations, telles sont les causes ordinaires de l'arthrite traumatique. Elle se montre indistictement à tous les âges et chez les deux sexes.

*Symptômes, marche, terminaisons et pronostic.* Les symptômes de l'arthrite telle que nous l'avons définie, c'est-à-dire bornée au tissu fibreux des articulations, sont en général simples et peu nombreux. Ils consistent en une douleur plus ou moins vive, le gonflement de l'articulation malade, la rougeur et la chaleur de la peau, la tension de toutes les parties enflammées, et la difficulté et quelquefois même l'impossibilité absolue de mouvoir l'articulation.

Dans les cas les plus graves, lorsque l'inflammation est très-intense et qu'elle occupe une grosse articulation, la douleur est parfois intolérable et des symptômes généraux se manifestent: le pouls s'accélère, la soif s'allume, la peau devient brûlante, l'appétit disparaît, des nausées et quelquefois même des vomissemens se déclarent, le malade est tourmenté d'insomnie; et si les accidens inflammatoires ne diminuent pas d'intensité, le délire vient souvent s'ajouter aux précédens symptômes.

Par l'effet de la densité, de la grande résistance, et du défaut d'extensibilité de tous les tissus qui entourent certaines articulations, telles que le poignet et l'articulation tibio-tarsienne, il arrive quelquefois, lorsque l'afflux sanguin est très-considérable, que les vaisseaux et les nerfs qui les traversent éprouvent une forte compression, et que les parties auxquelles ils se distribuent sont prises de gangrène. C'est là un des accidens les plus graves de l'arthrite traumatique; heureusement il est assez rare. Dans d'autres cas, l'inflammation se propage par voie de continuité jusqu'à la membrane synoviale, et alors il se forme un épanchement de sérosité dans la cavité articulaire; cet épanchement, rarement considérable si ce n'est dans l'articulation du genou, n'ajoute rien à la gravité de la maladie. Mais quelquefois l'inflammation persiste dans la séreuse articulaire, elle détermine à la longue le gonflement des cartilages et des surfaces osseuses, et devient ainsi la source d'une affection chronique souvent incurable. (Voyez *Ostéite articulaire.*) Cet accident arrive plus fréquemment chez les enfans, chez les femmes, et chez les individus lymphatiques; il est plus commun aussi dans certaines articulations que dans d'autres, dans celles par exemple qui, comme le genou et le coude, ont une grande étendue de surface, sont entourées de trousseaux ligamenteux considérables, et ne sont pas protégées par une couche épaisse de graisse et de muscles. Enfin, l'arthrite traumatique, quand elle se prolonge, se termine quelquefois par suppuration. Presque toujours alors il se forme autour de l'articulation enflammée plusieurs foyers purulens dont la matière fuse souvent au loin en suivant le trajet des tendons, les prolongemens et les jetées de tissu cellulaire, et les surfaces aponévrotiques. Les tendons sont quelquefois mis à nu au sein de ces abcès, et ils s'exfolient après l'évacuation du pus; mais il arrive plus fréquemment qu'ils contractent seulement des adhérences avec leur gaine. Lorsque le pus se forme dans l'intérieur d'une articulation, la

(1) Voyez *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome 3, article ARTHRITE, par L. Ch. Roche.

maladie devient beaucoup plus grave. Emprisonnée dans la capsule, la matière purulente altère son enveloppe, érode les cartilages, et finit par entraîner la carie des extrémités spongieuses des os. Quelquefois il use à la longue la capsule articulaire dans un point, il se fait jour dans le tissu cellulaire voisin, fuse au loin, comme nous l'avons dit ci-dessus, et forme des clapiers plus ou moins nombreux et étendus au fond desquels il s'accumule et se décompose. Les jours des malades sont alors doublement compromis, et par l'abondance de la suppuration, et par les effets de sa résorption; l'ankylose est inévitable. (Voyez *Synovite*, *Ostéite articulaire*, *Ankylose.*) (1)

*Traitement.* Il faut toujours traiter l'arthrite traumatique, même la plus légère, comme si elle était intense, surtout lorsqu'elle occupe une grosse articulation, et principalement encore si elle a son siége dans l'articulation du genou. On doit donc dès le début, ou plutôt immédiatement après l'action de la cause, appliquer des sangsues sur l'articulation contuse ou blessée, et la recouvrir ensuite de compresses trempées dans l'eau froide qu'il faut arroser ou renouveler, chaque fois qu'elles se sèchent et s'échauffent. On réussit souvent de la sorte à empêcher le développement de l'inflammation; l'eau froide suffit même souvent seule à cet effet, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux évacuations sanguines; on ajoute toujours à son efficacité en lui associant le laudanum et l'acétate de plomb; plus on y a recours de bonne heure et plus son succès est certain. Si par ces moyens on n'a pu faire avorter l'inflammation, il faut insister sur les saignées locales, et en seconder les effets par les cataplasmes émolliens et narcotiques. Dans tous les cas, lorsque l'articulation lésée est considérable, la saignée générale favorise l'action des autres moyens. M. Bégin a retiré de grands avantages de l'application continue de quelques sangsues autour des articulations enflammées, de manière à entretenir un écoulement de sang non interrompu jusqu'à la cessation de la douleur et du gonflement. Il importe beaucoup de persévérer dans l'emploi de ces moyens jusqu'à la guérison, afin d'éviter des désordres profonds et toujours graves; on doit recommander au malade le repos absolu de l'articulation lésée, et ne lui permettre de la mouvoir qu'après la disparition complète des symptômes locaux de l'inflammation. Si la phlegmasie articulaire réagit sur les principaux organes et donne naissance à des symptômes généraux, on prescrit les boissons délayantes et la diète.

Lorsque l'arthrite s'est terminée par suppuration, il faut se hâter d'ouvrir les abcès à l'aide de l'instrument tranchant, et faciliter l'écoulement du pus par une position et des pansemens convenables. Si la suppuration épuise les malades par son abondance, on doit réparer leurs forces par un régime tonique composé de viandes rôties ou grillées, de bouillon gras, de vieux vin de Bordeaux, et même par l'usage de quelques toniques médicamenteux, tels que les vins de quinquina, de gentiane, etc. Le même régime convient encore lorsque la suppuration est fétide, qu'elle séjourne dans des clapiers profonds, et qu'en partie résorbée, elle produit ces accidens généraux que nous ferons connaître lorsque nous étudierons les effets de l'introduction des matières putrides dans le sang (Voyez *Altérations du sang*).

(1) Consultez l'article que M. Bégin a consacré à l'histoire de l'*Arthrite traumatique*, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome 3.

### Arthrite rhumatismale.

Nous désignons sous les noms d'arthrite rhumatismale l'inflammation du système fibro-séreux des articulations, avec une altération du sang, inconnue dans son essence, mais qui paraît rendre ce liquide plus excitant pour les organes que dans l'état normal. C'est le *rhumatisme articulaire*, le *rhumatisme inflammatoire*, la *fièvre rhumatismale* et la *fièvre arthritique* des auteurs.

*Causes.* L'âge adulte, le tempérament sanguin, une forte constitution, une grande activité de l'hématose, une sensibilité vive de la peau, un grand développement du système capillaire sanguin de la périphérie, et, suivant M. Jolly, un cœur volumineux, telles sont les causes prédisposantes ordinaires de l'arthrite rhumatismale. Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes; aucun fait bien positif ne prouve que la disposition à la contracter puisse se transmettre des pères aux enfans; nous avons cependant observé quelques faits propres à faire naître de fortes présomptions en faveur de ce mode de transmission.

Toutes les causes des autres inflammations peuvent provoquer l'arthrite rhumatismale. Ainsi on l'a vue succéder immédiatement à la disparition d'une affection cutanée, à la suppression trop brusque des exutoires, d'un flux hémorrhoïdal ou des menstrues, etc. Les coups et les chutes la font naître aussi quelquefois; mais elle ne peut se développer sous l'influence de ces causes, que chez les individus prédisposés et dont le sang a déjà acquis des qualités irritantes. L'abus des liqueurs spiritueuses exerce une action des plus évidentes sur son développement, parce qu'il a pour effet d'introduire incessamment des substances irritantes dans le sang, et de communiquer par suite leurs propriétés à ce liquide. C'est sans doute à l'habitude des substances alcooliques, répandue parmi les militaires et les ouvriers, et dans certains pays du nord tels que l'Angleterre, qu'il faut attribuer *en partie* la plus grande fréquence de l'arthrite rhumatismale chez ces individus et dans ces contrées. Plusieurs auteurs pensent que de longs traitemens mercuriels peuvent contribuer à la produire. Enfin, on l'a vue survenir plusieurs fois après des exercices immodérés, et principalement à la suite d'une marche forcée.

Mais la cause la plus puissante du rhumatisme articulaire est, sans contredit, l'impression du froid. La funeste efficacité de cet agent s'exerce surtout dans les circonstances suivantes : lorsque, le corps étant au milieu d'une atmosphère dont la température est très-chaude, dans une salle échauffée par un poêle, par exemple, ou dans laquelle beaucoup de personnes se trouvent réunies, un

courant d'air froid vient à frapper sur une partie ; lorsque l'on couche dans des draps ou sur un sol humide, ou que l'on s'endort couvert de vêtemens mouillés ; lorsque l'on habite une maison nouvellement construite, ou un local humide quelconque ; lorsque pendant le sommeil une partie du corps reste exposée à l'action du froid, les autres en étant préservées ; lorsque l'on plonge la main, les pieds ou tout le corps dans l'eau tandis que l'on est en sueur ; surtout quand on est surpris par la pluie ayant très-chaud et que l'on ne peut pas changer immédiatement de vêtemens ; enfin, quelquefois dans la simple transition d'un lieu très-échauffé à l'air froid du dehors. Après cette cause, on doit peut-être regarder la disparition trop brusque de la blennorrhagie comme celle qui fait naître le plus fréquemment l'inflammation articulaire ; mais cette phlegmasie est-elle dans ce cas de même nature que celle qui nous occupe ? C'est ce dont il est permis de douter.

Lorsqu'on se livre à la recherche des causes du rhumatisme articulaire, on est frappé d'un fait fort remarquable, et qui n'a pas, jusqu'à ce jour, assez captivé l'attention des observateurs ; c'est que très-souvent cette phlegmasie se développe sans cause appréciable, alors même qu'elle débute d'une manière subite et avec la plus grande violence. Nul doute que, dans ces cas, la maladie n'ait été en quelque sorte fomentée long-temps avant son invasion, et qu'elle n'ait sa source au-dedans de l'individu. Si l'on interroge ces malades, on apprend en effet qu'ils étaient depuis quelque temps tourmentés par des malaises de toute espèce, par des congestions sur divers organes, des étourdissemens, des tintemens d'oreilles, des saignemens de nez, des chaleurs de la gorge, des palpitations, des oppressions, des hémorrhoïdes, etc. Ces accidens, symptômes évidens d'un état pléthorique porté à l'excès, annonçant par conséquent que le sang est trop fibrineux, prouvent en outre que ce liquide est devenu trop excitant pour les organes avec lesquels il est continuellement mis en contact ; un simple état de pléthore ne suffirait pas pour les faire naître. Mais ce qui achève de le démontrer, c'est que quand on saigne les malades dans ces prodromes, le sang devient couenneux après sa sortie de la veine, comme il le fait lorsque l'inflammation articulaire est développée.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. L'invasion du *rhumatisme articulaire aigu* est très-souvent précédée, pendant quelques jours, par les symptômes de malaise que nous venons de signaler : quelquefois cependant elle est subite, et cela a lieu principalement lorsque la maladie se développe sous l'influence d'un froid très-vif, agissant dans l'une des circonstances précédemment signalées. Mais de quelque manière que l'invasion s'opère, il est digne de remarque, que dans la plupart des cas, des symptômes généraux précèdent l'apparition de l'inflammation locale. Ces symptômes consistent ordinairement dans un frisson plus ou moins violent qui ouvre la scène, puis dans l'accélération et la plénitude du pouls, une chaleur halitueuse de la peau, une soif vive, de la pesanteur de tête, et un sentiment de fatigue répandu dans tous les membres. Après quelques heures de durée de ces symptômes, quelquefois au bout de vingt-quatre heures seulement, une ou plusieurs articulations deviennent douloureuses, elles se tuméfient ; la peau qui les recouvre est très-chaude et prend souvent une teinte rosée ; le mouvement de ces parties est d'abord gêné ; il devient de plus en plus difficile et douloureux, bientôt il est impossible ; la douleur s'accroît, et acquiert parfois une telle violence, que la moindre secousse imprimée aux membres, le simple poids du drap, le plus léger contact sont insupportables. Quand la plupart des articulations sont entreprises, rien n'est pénible comme la situation des malades ; incapables de faire le moindre mouvement, et forcés de garder la dernière position qu'ils ont prise ou qu'on leur a donnée ; obligés d'emprunter le secours des personnes qui les entourent, pour uriner, pour boire, pour essuyer la sueur qui inonde leur visage et toutes les parties du corps ; exposés aux douleurs les plus vives, ils passent les jours et les nuits sans pouvoir goûter un instant de repos. Veulent-ils essayer de remuer un membre, non-seulement la douleur les arrête, mais encore le léger mouvement qu'ils impriment aux objets qui les recouvrent, répand sur eux un froid glacial, mais heureusement passager. Le simple frôlement de l'air par les personnes qui passent auprès de leur lit ou par l'agitation des rideaux, suffit quelquefois pour glacer leur figure. Un doux sommeil vient-il suspendre le sentiment des souffrances qu'ils endurent ? ce calme est rarement de longue durée ; bientôt excités à se mouvoir par un songe trompeur, ils s'agitent, et leurs douleurs subitement réveillées les arrachent au repos dont ils commençaient à jouir.

Cependant les symptômes généraux qui ont ouvert la scène ou qui se sont développés après l'invasion de l'inflammation articulaire, continuent à se manifester. Irréguliers dans leur marche, ils présentent des alternatives continuelles d'exacerbation et de rémittence. Tout à l'heure la face était colorée, les yeux étaient rouges, la tête très-douloureuse, la soif vive, le pouls plein et dur, la peau presque sèche, les urines épaisses, troubles et brûlantes, ou pâles et ténues ; et bientôt après, la coloration de la face, l'injection des yeux, la douleur de tête et la soif, ont diminué ; le pouls, tout en conservant sa plénitude, est devenu plus mou ; la peau s'est couverte de sueur, et l'urine rouge et diminuée de quantité, est excrétée sans ardeur, et laisse déposer un sédiment abondant. Plusieurs alternatives semblables se montrent parfois dans la même journée. Mais en même temps on observe quelques symptômes qui n'éprouvent pas de variations ; c'est la langue qui reste toujours blanche, muqueuse et sans trace de rougeur ni au pourtour ni à la pointe ; c'est l'appétit qui est entièrement aboli, mais sans dégoût ; c'est une constipation opiniâtre ; c'est enfin la cruelle insomnie dont nous avons déjà parlé.

Les symptômes locaux de la phlegmasie articulaire, sans diminuer d'intensité dans les premiers jours, présentent cependant aussi des instans de rémittence. Mais un de leurs caractères les plus remarquables consiste dans la facilité avec

laquelle ils semblent se transporter d'une articulation à l'autre. Quand plusieurs articulations sont enflammées en même temps, on en voit presque toujours une qui est plus rouge, plus gonflée et plus douloureuse que les autres; mais l'inflammation ne sévira pas toujours sur elle. Après y avoir déployé toute son intensité pendant deux à trois jours, souvent pendant un seul jour et pendant quelques heures seulement, elle semble tout à coup l'abandonner et reparaît avec la même violence, soit sur une des articulations déjà souffrantes, soit sur une de celles que le mal avait jusqu'alors épargnées. Ce déplacement de la phlegmasie est quelquefois si complet, que l'articulation qui vient d'en être le siége, rentre tout-à-fait dans son état normal. Enfin, après une durée variable dans son nouveau siége, l'inflammation le quitte encore pour se manifester dans un autre ou sur l'articulation primitivement affectée, et ainsi de suite un nombre de fois indéterminé pendant le cours de la maladie. L'altération du sang et les sympathies étroites qui existent entre toutes les articulations expliquent suffisamment cette mobilité de la maladie.

L'arthrite rhumatismale aiguë n'est pas toujours aussi intense que nous venons de la décrire. Quelquefois bornée à une seule ou à deux articulations, elle n'est accompagnée que de symptômes généraux peu marqués, et ce sont, à l'intensité près, les mêmes que nous avons précédemment décrits. Dans quelques cas mêmes, tout se borne aux symptômes locaux de l'inflammation: l'articulation est gonflée, rouge, chaude et douloureuse à la pression, au mouvement, et quelquefois dans le repos le plus parfait. Entre ces deux extrêmes, il existe une foule de degrés qu'il serait impossible de décrire.

La durée du rhumatisme articulaire aigu, presque toujours très longue, varie depuis une quinzaine de jours jusqu'à deux ou trois mois. On l'a vu, dans quelques cas rares, disparaître en trois à quatre jours, et dans d'autres se prolonger au-delà de quatre ou cinq jours; sa durée moyenne est de quarante jours. Les symptômes généraux cessent en général long-temps avant l'inflammation locale; du quinzième au vingtième jour on les voit ordinairement disparaître, souvent sans que les symptômes locaux aient même perdu de leur intensité, et s'ils se renouvellent quelquefois après ce terme, ce n'est plus ordinairement que d'une manière vague, irrégulière et avec beaucoup moins de violence. Enfin, l'inflammation articulaire diminue graduellement à son tour et presque toujours avec une grande lenteur, et elle se termine par une résolution complète, en laissant seulement les membres dans un état de maigreur et de faiblesse qui ne se dissipent qu'à la longue et par l'exercice; ou bien, ce qui n'est pas rare, la phlegmasie passe à l'état chronique. Dans quelques cas, il se fait des dépôts de matière gélatineuse autour des articulations, matière dont il est ensuite difficile d'obtenir la résolution; dans d'autres cas plus graves, heureusement fort rares, du pus s'accumule dans la cavité des membranes synoviales. Toutefois, cette maladie est rarement mortelle par elle-même, et quand les malades succombent dans son cours, c'est presque toujours à la suite d'une de ces métastases funestes que la facilité avec laquelle elle se déplace rend toujours imminentes. La pleurésie, la péricardite et la cardite, telles sont les graves inflammations qui succèdent le plus communément à la disparition trop brusque du rhumatisme articulaire.

Le *rhumatisme articulaire chronique*, comme toutes les autres phlegmasies, tantôt succède à l'état aigu, et tantôt débute sous cette forme. Dans le premier cas, après la cessation des symptômes généraux, après une diminution graduelle de la chaleur locale, on voit persister le gonflement et la douleur bien au-delà du terme ordinaire de la maladie. Les articulations malades sont comme empâtées, les mouvemens de flexion et d'extension sont très-bornés, douloureux, difficiles, quelquefois même impossibles. Dans le second cas, c'est-à-dire quand l'arthrite rhumatismale chronique ne succède pas à l'état aigu, la douleur est en général le seul symptôme qui se montre d'abord, elle est quelquefois des plus vives; mais on n'observe ni rougeur ni chaleur dans les articulations malades; ce n'est que peu à peu et presque toujours très-lentement, qu'il survient du gonflement; la raideur se manifeste plus tard. Quelques violentes que soient les douleurs, elles ne provoquent presque jamais de fièvre, elles n'ont d'autre effet sur les organes principaux que de priver du sommeil et de faire perdre l'appétit. L'impression du froid les augmente, la chaleur semble les calmer; elles s'aggravent dans les temps humides, diminuent quand la température est sèche, mais elles n'éprouvent que rarement une influence marquée de la présence d'une plus grande quantité de fluide électrique dans l'atmosphère; les auteurs n'ont avancé le contraire que parce qu'ils ont toujours compris dans la description générale du rhumatisme, des *névralgies chroniques* sur lesquelles l'électricité exerce en effet une action incontestable.

Quand l'inflammation existe depuis plusieurs mois, les membres qui en sont le siége maigrissent et quelquefois s'atrophient; si elle occupe le coude ou le genou, l'avant-bras se fléchit sur le bras, la jambe sur la cuisse, et les muscles fléchisseurs prennent une habitude de contracture bientôt insurmontable et fréquemment douloureuse. Souvent alors la tuméfaction articulaire augmente, ce qui fait paraître l'amaigrissement des membres plus considérable; les extrémités tendineuses des muscles, les ligamens, les capsules articulaires et le tissu cellulaire lui-même se confondent en une même masse au sein de laquelle les traces d'organisation normale s'effacent peu à peu, et qui prend bientôt un aspect homogène et lardacé. Dans quelques cas, la synoviale s'enflamme et suppure, les cartillages s'érodent et s'ulcèrent, les os se ramollissent et se carient, et le mal n'offre plus d'autre ressource que l'amputation du membre ou la résection des extrémités articulaires. Des frissons vagues, la sécheresse de la peau, la fréquence du pouls et la perte de l'appétit accompagnent tôt ou tard ces graves désordres; au bout d'un certain temps, la diarrhée s'empare des malades, ils tombent dans le marasme et succombent.

L'arthrite rhumatismale chronique est loin d'offrir toujours cette gravité. Dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation, après avoir duré quelque temps, disparaît tout à coup, laisse les malades tranquilles pendant plusieurs mois, puis se renouvelle spontanément ou à l'occasion d'un changement de saison, d'une impression de froid, ou d'un écart de régime. Quand les intervalles des attaques sont très-éloignés, les articulations rentrent complètement dans l'état normal plus ou moins rapidement après la disparition de l'inflammation, suivant son intensité et sa durée; s'ils sont très-rapprochés, au contraire, il reste chaque fois un peu d'engorgement, à moins que les attaques ne soient peu vives et peu prolongées. Souvent la douleur et la gêne des mouvemens sont les seuls symptômes qui en marquent le retour; on n'aperçoit pas le plus léger gonflement, et la guérison est complète aussitôt que cesse la douleur, dont la disparition est souvent d'ailleurs instantanée. Ce n'est pas toujours dans la même articulation que l'inflammation se renouvelle; souvent, à chaque attaque, elle change de siége, et pendant le cours même des attaques, elle passe d'une articulation à l'autre comme à l'état aigu. On doit regarder ces déplacemens comme avantageux, en ce qu'ils ne permettent pas que ces désordres graves s'opèrent dans les tissus affectés.

Il est impossible d'assigner les limites de l'arthrite rhumatismale chronique, puisque sa durée peut avoir depuis quelques jours jusqu'à quelques années. Sa guérison est quelquefois instantanée, ainsi que nous venons de le dire; d'autres fois elle se termine par une résolution graduelle et plus ou moins rapide, suivant l'ancienneté et la profondeur des engorgemens locaux; enfin, dans des cas fort heureusement assez rares, la désorganisation des tissus articulaires en est la suite. Dans ce dernier cas seulement, elle offre de la gravité; dans les autres circonstances, elle ne menace jamais de devenir funeste, mais elle peut encore paralyser de tous leurs membres les malheureux qui en sont affectés, et les condamner pour plusieurs années, et quelquefois pour toute la vie, à l'inaction et à la douleur.

*Caractères anatomiques.* La rougeur et le gonflement des ligamens articulaires et du tissu cellulaire qui les avoisine, quelquefois la phlogose de la membrane synoviale elle-même, des dépôts de matière gélatineuse, des collections purulentes autour ou au dedans de l'articulation, tels sont les désordres anatomiques que l'on rencontre à la suite du rhumatisme aigu et chronique. Lorsque l'arthrite rhumatismale a duré très long-temps sous cette dernière forme, on trouve le tissu cellulaire induré, les ligamens raides et secs, çà et là de petites collections de matière gélatino-albumineuse ou de pus, des noyaux d'induration, quelquefois les extrémités articulaires des os gonflées, la capsule synoviale remplie de pus, les cartilages érodés, les articulations déformées, et dans quelques cas, les surfaces articulaires soudées. (Voyez *Ostéite articulaire.*)

*Traitement.* L'opinion des médecins est presque unanime sur la grande utilité de la saignée générale dans le rhumatisme articulaire aigu; et si quelques praticiens en ont contesté les avantages, c'est, nous n'en doutons pas, qu'ils ne l'ont employée, ni avec assez de constance, ni avec assez d'énergie pour en bien apprécier les effets. On ne doit jamais hésiter à ouvrir largement la veine dès le début des accidens, ni craindre d'y revenir trois, quatre et cinq fois de suite s'il est nécessaire, soit en mettant deux jours d'intervalle entre chaque saignée, comme le faisait Sydenham, soit en la pratiquant toutes les vingt-quatre heures, ce qui nous paraît préférable. En général, il faut la répéter tant que le sang présente la couenne inflammatoire. Quelques praticiens pensent qu'on ne doit plus y avoir recours après sept ou huit jours de l'invasion de la maladie, mais l'expérience prouve qu'elle peut être utile à toutes les époques. Seulement il est vrai qu'elle produit des effets d'autant moins marqués que l'on tarde davantage à y recourir.

En même temps que l'on met en usage ce puissant moyen, on doit tenir les malades à la diète la plus sévère, et prescrire une boisson délayante, telle que le petit-lait, le bouillon de veau ou d'herbes, la décoction de gruau, celle de chiendent nitré, l'orangeade. Quelques praticiens préfèrent à ces boissons une tisane légèrement diaphorétique, telle que l'infusion de fleurs de sureau, celle de bourrache, de buglosse ou de sauge; mais il y a des inconvéniens à prescrire ces tisanes d'une manière banale à tous les malades indistinctement. Lorsque les voies digestives sont irritées par exemple, elles aggravent les accidens au lieu de les diminuer, et loin de favoriser la transpiration, elles rendent la peau plus sèche et plus chaude. Dans le cas contraire, elles excitent la sueur et nous ont toujours paru seconder efficacement l'emploi des saignées. Il en est de même des narcotiques : nuisibles quand la langue est rouge, l'épigastre sensible, la soif très-vive et la peau sèche, ils sont très-avantageux quand les voies digestives ne participent pas à l'inflammation. L'opium à doses fractionnées, uni à l'antimoine ou au nitrate de potasse et à l'ipécacuanha (poudre de Dower), provoque la transpiration, calme les douleurs et procure un peu de sommeil, et sous ce triple rapport devient d'un puissant secours. On l'associe avec avantage dans quelques cas à la thridace. D'autres narcotiques, tels que l'extrait de jusquiame, la ciguë, la belladone, le stramonium, l'aconit, etc., peuvent être employés en remplacement de l'opium; on les essaie tour à tour, et souvent l'un d'eux réussit là où tous les autres échouaient.

Les purgatifs ont été beaucoup vantés par plusieurs médecins, et principalement par les praticiens de la Grande-Bretagne. Mais ces agens n'ont que des avantages précaires qui ne compensent même pas leurs inconvéniens, ni même la fatigue qu'ils occasionent aux malades en les forçant à se mouvoir pour aller à la garde-robe. On ne doit donc y avoir que rarement recours, et ne prescrire que de doux laxatifs; c'est ainsi que l'on administre quelquefois avec avantage un peu d'huile de ricin ou une faible dose d'un sel purgatif au commencement de la maladie, si l'on a quelques raisons de soupçonner un amas de ma-

tières fécales dans le gros intestin, et même dans son cours parfois pour surmonter une constipation ancienne.

Peu de praticiens emploient les vomitifs dans le rhumatisme articulaire aigu; mais depuis quelques années, on administre à des doses très-élevées le tartrate d'antimoine et de potasse, et quelques médecins considèrent ce médicament comme un *spécifique* de cette maladie. Cette pratique, qui n'est pas nouvelle (car les anciens conseillaient l'*antimoine diaphorétique lavé* à hautes doses dans cette même affection, médicament qui a la plus grande analogie d'effets et de propriétés avec le tartre stibié); cette pratique, nous le croyons, a produit plus de mauvais effets que de bons. Cependant on a obtenu par l'émétique quelques guérisons si rapides, que l'on ne peut se refuser d'admettre que ce médicament ne jouisse de quelque efficacité dans l'arthrite rhumatismale aiguë. Nous l'avons nous-même employé deux fois avec le plus grand succès contre cette maladie. On ne doit donc pas le proscrire trop légèrement; la question de sa valeur thérapeutique n'est pas encore jugée (1).

L'état tout inflammatoire des articulations réclame aussi l'emploi de quelques moyens thérapeutiques. Parmi eux les sangsues tiennent le premier rang, et telle est leur utilité, que M. Broussais en fait la base principale du traitement du rhumatisme articulaire. On conseille en général de les appliquer en assez grand nombre autour de chaque articulation affectée; et lorsque l'inflammation passe d'une articulation à l'autre, de la poursuivre en quelque sorte par les saignées locales dans chaque nouveau siége qu'elle affecte. Sans contester l'efficacité de ces évacuations sanguines locales, dont nous avons été plusieurs fois témoins, nous croyons les saignées générales plus avantageuses, et les sangsues ne doivent, à notre avis, être employées que comme moyens auxiliaires. Ce n'est donc, selon nous, qu'après avoir considérablement diminué les symptômes généraux, et dans le cas où une ou deux articulations seulement sont entreprises; ou bien lorsque l'inflammation locale est très-violente, et que l'on peut craindre la suppuration des synoviales; ou enfin lorsque cette inflammation n'est pas accompagnée de *fièvre*, qu'il est utile d'appliquer des sangsues sur les parties douloureuses. Dans ce dernier cas même, il est souvent superflu d'employer des saignées générales. Les ventouses scarifiées sont trop douloureuses et ne remplacent qu'imparfaitement les sangsues. On facilite l'écoulement du sang, soit par des cataplasmes émolliens, soit à l'aide de flanelles imbibées de décoctions de même nature, et l'on continue ensuite ces applications, si le malade paraît en éprouver du soulagement, ce qui n'a pas toujours lieu; car il est un assez grand nombre d'individus qui ne peuvent endurer aucun corps humide autour des articulations enflammées; de la flanelle et du taffetas gommé sont souvent les seuls topiques que les malades puissent supporter. La compression a été employée avec succès, dit-on; mais on n'a pas fait, que nous sachions, d'expériences assez suivies sur ce moyen, pour que nous puissions en apprécier la valeur.

Ajoutons, pour compléter tout ce qui est relatif au traitement de l'arthrite rhumatismale aiguë, que les malades doivent être placés dans une chambre modérément chauffée, dans un lit chaud mais non pas étouffant, et qu'ils doivent garder le repos le plus parfait. Arrivés à la convalescence, ils doivent exercer de bonne heure les articulations qui ont été affectées, afin de dissiper la raideur qui en empêche les libres mouvemens, se couvrir de flanelle immédiatement appliquée sur la peau pour ne plus la quitter, et renoncer à jamais aux liqueurs spiritueuses.

Le traitement du rhumatisme articulaire chronique repose en partie sur les mêmes bases que celui du rhumatisme aigu. Ainsi la saignée générale s'y montre encore utile; mais il faut ne l'employer que chez les individus sanguins, pléthoriques, au début de la maladie quand elle ne succède pas à la forme aiguë, et avec réserve. Une seule saignée du bras suffit ordinairement. On a recours aussi, avec avantage, aux saignées locales, quand la rougeur et le gonflement sont un peu considérables. Les sudorifiques et les narcotiques y trouvent également leur emploi; parmi ces médicamens, ceux que l'on emploie le plus communément sont, pour les premiers, le gayac et sa résine, la salseparcille, le sassafras, le rob de sureau, l'ammoniaque; et pour les seconds, les extraits de jusquiame, de ciguë, de belladone, d'aconit et de douce-amère, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. On retire encore quelques avantages des sels d'antimoine, tels que l'antimoine cru, le kermès minéral, l'émétique. Enfin les purgatifs répétés, et principalement les drastiques, comptent aussi plusieurs succès; la compression a procuré également quelques guérisons. Mais il faut convenir que tous ces moyens n'ont plus ici la même efficacité que dans la forme aiguë; c'est à une autre série d'agens qu'il faut en général avoir recours. Les vésicatoires volans promenés autour des articulations malades, et que l'on ne fait pas suppurer; les bains gélatineux, les bains de vapeurs d'eau simple ou rendus aromatiques quand la phlegmasie est ancienne et peu douloureuse; les vapeurs sèches de benjoin, de succin, de baies de genièvre, de camphre, sur tout le corps ou dirigés seulement sur les articulations malades; les douches de vapeurs d'eau simple ou d'eau sulfureuse; les eaux minérales, et en particulier celles qui contiennent du soufre, composent cette nouvelle série de moyens. N'ayant jamais eu occasion de prescrire ni de voir employer les bains de marc de raisin, ceux de drèche de bière ni ceux de sable, nous dirons seulement qu'on lit çà et là, dans les auteurs et dans les recueils scientifiques, quelques exemples de guérisons obtenues par ces moyens. On a guéri, dit-on, par l'acupuncture, plusieurs douleurs prétendues rhumatismales; nous croyons que ces douleurs n'étaient autre chose que des névralgies chroniques; c'est proba-

(1) On lira avec fruit l'ouvrage de M. Téallier sur l'emploi de ce médicament, ayant pour titre: *Traité de l'emploi du tartre stibié*, in-8, Paris, 1832. — Consultez aussi l'excellent article sur l'*Antimoine* par M. Rayer, dans le *Dictionnaire de médecine et de Chirurgie pratiques*, t. III.

blement aussi dans des cas semblables que l'on a retiré de bons effets de la térébenthine.

Une foule de moyens et de médicamens ont encore été préconisés contre le rhumatisme articulaire chronique. Les uns, tels que, à l'extérieur, les linimens camphrés, laudanisés, la pommade d'hydriodate de potasse, celle de moelle de bœuf, de savon et d'eau-de-vie, les frictions et l'électricité; et à l'intérieur, le chardon bénit, la bardane, l'arnica, la digitale, le fenouil, le gingembre, le marrube blanc, la saponaire, le quinquina, la serpentaire de Virginie et le soufre, peuvent être employés concurremment avec ceux dont nous avons parlé précédemment; d'autres, tels que le massage, la percussion, l'urtication, l'arséniate de potasse, ne sont plus employés par personne, et méritent cet abandon général. Le colchique a été beaucoup vanté autrefois, puis abondonné; M. J. Cloquet, qui l'a essayé de nouveau, en a cependant retiré d'assez bons effets pour en recommander l'emploi; mais c'est un agent dangereux qu'il ne faut manier qu'avec prudence.

Les précautions hygiéniques sont les mêmes à la suite de l'arthrite rhumatismale chronique, qu'à la suite de l'aiguë.

### Arthrite goutteuse.

Cette forme de l'arthrite consiste, comme les deux précédentes, en une inflammation du système fibro-séreux des articulations, et, de plus, en une surabondance de matériaux nutritifs dans le sang et tous les tissus de l'économie, et la suranimalisation des tissus fibro-séreux des articulations. C'est la *podagre*, l'*arthrite*, la *goutte* des auteurs.

*Causes*. Les auteurs regardent comme causes de la goutte : l'air humide, les vents d'ouest et ceux du nord; les variations de la température, et le froid humide, surtout quand il agit pendant le sommeil; l'habitation dans les lieux bas, humides et froids; les vêtemens trop légers; tous les topiques qui peuvent supprimer la transpiration habituelle des pieds ou des autres parties du corps; l'abus des bains froids, la malpropreté, la répercussion des dartres, des érysipèles, et en général de toutes les affections cutanées, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, nasale, hémorrhoïdaire ou menstruelle; l'omission d'une saignée ou d'une purgation à laquelle le corps est accoutumé; la guérison intempestive ou trop rapide d'un cautère ancien ou d'un vieil ulcère; la disparition spontanée d'un sédiment crayeux dans les urines chez quelques personnes; les coups, les chutes sur une articulation; une nourriture trop abondante, composée surtout de substances animales; l'usage d'alimens gras, huileux, de ragoûts, de gibier, de viandes salées ou fumées, de tous les alimens de digestion difficile, de fromages fermentés; une nourriture trop succulente, l'abus des liqueurs spiritueuses et fermentées; l'usage de certains vins légers, principalement de ceux que l'on récolte sur des terres travaillées avec de la chaux, et en particulier de ceux de Crète; l'oisiveté, surtout quand elle succède à une vie active; les exercices violens et inaccoutumés, ou seulement trop prolongés; l'abus des plaisirs vénériens, ou leur usage prématuré; la masturbation, les études opiniâtres, les travaux de cabinet, les veilles prolongées et consacrées à l'étude, le travail intellectuel immédiatement après le repas, les méditations profondes, les passions violentes, telles que la colère; enfin les chagrins, les affections tristes et les inquiétudes.

Mais pour peu qu'on y réfléchisse, on voit bientôt que toutes ces causes seraient impuissantes à produire l'arthrite goutteuse, si leur action n'était favorisée par une prédisposition chez les individus: puis on ne tarde pas à soupçonner qu'elles ont moins d'influence encore sur la production de cette maladie. En effet, leur diversité, le peu de rapport qu'elles ont dans leur manière d'agir, les effets entièrement opposés que produisent quelques uns d'entre elles, ne permettent que très-difficilement de concevoir qu'elles puissent avoir un effet commun, l'inflammation des articulations. Mais c'est surtout quand on vient à vouloir s'expliquer par les lois de la physiologie, comment et par quelles voies elles agissent sur les articulations pour les enflammer, que l'on s'aperçoit qu'il est impossible que la plupart aient l'action qu'on leur suppose. Enfin, et mieux que tout cela, de l'aveu des auteurs, la première attaque de goutte survient presque toujours inopinément, au milieu de la nuit, pendant le sommeil, et *sans cause appréciable*. Or c'est dans l'observation de la première attaque de cette maladie qu'il faut en chercher les causes, car plus tard ce ne sont plus que des causes d'attaques ou d'accès que l'on observe; et si l'on n'y retrouve presque jamais l'une ou plusieurs de celles que nous avons énumérées, il faut bien en conclure qu'elles sont pour la plupart étrangères à la production de la maladie. La faute commise jusqu'ici par tous les auteurs a donc été de confondre les causes des attaques avec celles de l'affection elle-même; cela nous explique et leurs divagations, et l'impuissance de leurs efforts pour en expliquer la manière d'agir.

Une seule cause, à notre avis, produit la goutte, et cette cause unique c'est la nourriture trop succulente. Elle a pour effet de gorger en quelque sorte tous les tissus de matériaux nutritifs, et de leur en fournir plus que le travail de décomposition ne peut leur en enlever. Deux voies d'excrétion, celle des urines et celle de la transpiration cutanée, maintiennent cependant encore assez long-temps l'équilibre; mais tôt ou tard il arrive que ces voies d'excrétion ne peuvent plus suffire, ou bien l'une d'elles vient à être momentanément et plus ou moins complètement interrompue par une cause quelconque, et alors les matériaux nutritifs en excès qu'elle devait conduire au dehors sont transportés sur les tissus fibreux articulaires, ils en accroissent la nutrition; de tissus presque insensibles, ainsi que le veulent leurs fonctions mécaniques et passives de résistance et de soutiens, en les douant en quelque sorte de nouveaux degrés de vitalité, ils en font des tissus sensibles, irritables, qui ne pourront bientôt plus remplir sans douleur les fonctions qui leur appartiennent, et disposés à s'enflammer sans cesse spontanément

et par le seul progrès naturel de ce travail morbide, ou bien sous l'influence d'une des causes précédemment signalées. Enfin, ces matériaux nutritifs en excès finissent par être déposés à la surface même des tissus articulaires, et forment les concrétions tophacées, composées en majeure partie des substances les plus animalisées puisqu'elles sont les plus azotées, l'acide urique et une matière animale. Nous n'entrerons pas ici dans tous les détails qui seraient nécessaires au développement et à la démonstration de cette théorie de la goutte : nous nous bornerons à citer quelques faits à l'appui (1).

La goutte n'attaque en général que les gens riches, par la raison toute simple qu'eux seuls peuvent se nourrir de mets succulens qui fournissent plus de sucs nourriciers que les besoins de la nutrition et de ses actes n'en réclament. Les femmes sont très-rarement affectées de la goutte, parce qu'en général elles sont sobres ; quand cette maladie les attaque, c'est très-rarement avant la cessation du flux menstruel, parce que cette évacuation périodique les débarrasse des matériaux nutritifs qui peuvent être en excès chez elles. (*Mulier pogagrâ non laborat, nisi menstrua ipsi defecerint.* Hippocrate.) Les enfans jouissent du même privilège que les femmes, parce qu'il ne peut presque jamais y avoir de matériaux nutritifs en excès chez eux, attendu qu'il s'en fait une dépense continuelle pour l'accroissement de tous les organes. L'homme est rarement atteint de la goutte avant l'âge viril, parce qu'à cet âge ordinairement le corps cesse de prendre de l'accroissement en grosseur, et que l'alimentation restant la même et souvent devenant plus considérable attendu que c'est l'époque de la vie où les plaisirs de la table commencent à avoir des attraits, la digestion continue de préparer et de fournir à l'économie des matériaux nutritifs désormais sans emploi. L'exercice prévient le développement de la maladie, parce qu'il dépense une partie de ces matériaux nutritifs en excès. L'oisiveté prédispose à la contracter, parce qu'il en favorise l'accumulation dans les articulations, etc., etc.

De tout temps, les médecins ont été frappés de la grande fréquence des troubles de la digestion, avant ou pendant les accès de la goutte. Ces dérangemens ont même absorbé toute l'attention de plusieurs observateurs distingués, ce qui les a conduits à s'en exagérer beaucoup l'importance. Ainsi, pour ne citer que quelques noms, Sydenham, Cullen, Stoll et Scudamore, font jouer un grand rôle aux organes de la digestion dans le développement de l'arthrite goutteuse, et M. Broussais la fait dépendre en grande partie d'un état de phlegmasie chronique de l'estomac. L'observation renverse toutes ces opinions. Il est constant que les goutteux sont en général de grands mangeurs; il est constant qu'ils digèrent pour la plupart avec une grande facilité des quantités copieuses d'alimens ; il est constant qu'ils ne se portent jamais mieux en général qu'aux approches de leurs attaques ; enfin, il est constant qu'un grand nombre conservent l'appétit et la faculté de digérer pendant tout le temps que durent leurs souffrances. Loin donc de croire à l'existence d'un état morbide de l'estomac nécessaire chez les goutteux, nous soutenons qu'au contraire, il faut être doué d'un estomac sain et robuste, capable de digérer habituellement de grandes masses d'alimens, pour être apte à contracter la goutte : les hommes à mauvais estomac ne deviennent jamais goutteux, s'ils mangent trop, ils sont atteints de gastrite ou de cancer de l'estomac. Que s'il arrive quelquefois, souvent même si l'on veut, que les goutteux éprouvent des *flatuosités*, des *crudités* d'estomac et des indigestions, cela doit-il étonner chez des hommes qui mangent habituellement trop? Enfin, si ces symptômes se manifestent quelquefois aux approches des accès, cela ne tient-il pas évidemment à ce que, l'économie se trouvant alors gorgée de sucs nourriciers, l'estomac refuse et digère un peu moins bien les alimens dont on continue de le surcharger? Est-il donc besoin de le supposer malade contre toute évidence, pour expliquer ces indispositions ?

Le défaut d'exercice favorise singulièrement le développement de la goutte. C'est au printemps et dans l'automne que les attaques se montrent plus fréquentes. (*Podagrici morbi vere et autumno moventur ut plurimùm.* Hippocrate.)

*Symptômes et marche.* Comme toutes les autres phlegmasies, la goutte se montre sous forme aiguë ou sous forme chronique ; elle est aussi quelquefois périodique; elle n'offre d'ailleurs presque jamais une véritable continuité. Les auteurs en ont admis une foule de variétés, qui toutes rentrent dans les trois formes que nous venons d'indiquer.

La *goutte aiguë*, *goutte inflammatoire*, *goutte articulaire*, *goutte régulière*, *goutte fixe* des auteurs, se déclare le plus ordinairement avant la fin de l'hiver. Quelquefois précédée pendant quelques semaines par des troubles variés dans la digestion, ou par des douleurs vagues dans diverses parties du corps, par la sécheresse de la peau ou seulement de la portion qui recouvre l'articulation menacée, par des vomissemens bilieux, par de la diarrhée, par des engourdissemens partiels, par des crampes, ou par la dilatation des veines des pieds ; elle survient plus fréquemment d'une manière inopinée. Dans tous les cas, la veille de l'attaque est en général marquée par un accroissement d'appétit et un état de bien être inaccoutumé; mais au milieu de la nuit, après quelques heures d'un sommeil tranquille, une douleur vive se fait sentir, le plus ordinairement dans le gros orteil, quelquefois dans le talon, d'autres fois dans l'articulation tibio-tarsienne, dans quelques cas aux poignets, aux mains ou aux genoux. Cette douleur est comparée par les malades à une sensation de tiraillement ou de dislocation de l'articulation, à celle d'un coin qui serait enfoncé entre les os, à une brûlure, à la dilacération que produiraient les dents d'un animal ; quelquefois elle est accompagnée de la sensation du contact d'une eau presque froide que l'on verserait sur la partie affectée. Un frisson avec tremblement se manifeste presque immédiatement et dure plus ou moins long-temps ; il cesse, la dou-

(1) *Voyez* pour ces développemens notre article *de l'Arthrite* déjà cité, du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

leur s'accroît, le pouls s'accélère, et la peau devient sèche et brûlante. Ces symptômes continuent pendant toute la nuit et la journée qui lui succède; la douleur, qui n'a cessé d'augmenter et de s'étendre, arrive à son plus haut degré vers le soir; elle est alors si vive que le simple poids d'une couverture est insupportable; le malade s'agite en tous sens et cherche en vain une position qui puisse alléger ses souffrances. Une partie de la nuit se passe encore dans ce pénible état; mais vers le matin, vingt-quatre heures environ après l'invasion de l'accès, la douleur perd tout-à-coup la majeure partie de son intensité; ce changement est si subit que le malade l'attribue à la dernière position qu'il a prise; la peau se couvre d'une douce moiteur, et le sommeil vient enfin appesantir les paupières du pauvre goutteux. A son réveil, il ne ressent plus qu'une douleur très-supportable; du gonflement et de la rougeur sont survenus à la partie malade. Les jours suivans une augmentation plus ou moins considérable de la douleur a lieu vers le soir; elle est accompagnée de chaleur de la peau et d'accélération du pouls. Mais ces paroxysmes vont en diminuant chaque jour d'intensité; ils cessent ordinairement au bout de quatre à cinq jous, et là se termine le premier accès.

A peine le dernier paroxysme a-t-il cessé, que déjà le second accès commence. La même série de phénomènes que nous venons de décrire se reproduit, tantôt sur la même articulation, tantôt sur l'autre pied, et quelquefois sur les poignets, les coudes ou les genoux. Ainsi, cet accès, précédé de frisson, accompagné d'accélération du pouls, suivi de gonflement et de rougeur de la partie comme le précédent, se termine comme lui par trois ou quatre paroxysmes décroissans. Un troisième accès tout semblable lui succède; quelquefois il s'en montre un quatrième, et la santé se rétablit ensuite. C'est cette série d'accès et de paroxysmes, dont la durée totale est ordinairement d'une quinzaine de jours, qui forme ce qu'on appelle une *attaque* de goutte.

La marche d'une attaque de goutte aiguë n'est pas toujours telle que nous venons de la décrire. L'inflammation occupe quelquefois de prime abord les deux pieds en même temps; elle commence dans beaucoup de cas par les poignets, les coudes ou les genoux, et n'envahit les pieds que consécutivement; tantôt elle ne tourmente qu'une articulation, tantôt elle passe de l'une à l'autre sans revenir à celles qu'elle a abandonnées; d'autres fois elle revient à son premier siége après avoir en quelque sorte voyagé sur diverses parties; son invasion a quelquefois lieu pendant le jour; enfin le nombre des accès est dans quelques cas beaucoup plus nombreux que nous ne l'avons dit. On a remarqué qu'en général l'attaque était d'autant moins longue que les douleurs étaient plus violentes.

Il est rare que, pendant le cours d'une attaque de goutte aiguë, le malade éprouve des instans d'intermission complète, si ce n'est vers les derniers jours. En général, tant qu'elle dure, il éprouve du malaise, de la fréquence du pouls et de la chaleur à la peau; il n'a pas d'appétit, et ses urines sont sédimenteuses. Tous ces symptômes se dissipent avec le dernier accès; en même temps il se fait à travers la peau de l'articulation ou des articulations malades une exsudation d'un liquide ordinairement collant et visqueux, et quelquefois d'une odeur forte. L'épiderme se détache ensuite par écailles, et cette desquammation est quelquefois accompagnée de démangeaison insupportable. De longs intervalles s'écoulent ordinairement entre les premières attaques de goutte aiguë; un an, deux ans, et souvent plus, se passent entre chacune d'elles, mais si le malade ne s'est pas imposé les privations nécessaires, elles deviennent de plus en plus fréquentes. Revenant d'abord tous les ans, elles se répètent plus tard deux ou trois fois par année; en même temps, elles deviennent plus longues et finissent par ne plus laisser qu'un petit nombre de jours de repos au patient. Alors les douleurs perdent de leur intensité, et la maladie passe à l'état chronique.

La *goutte chronique*, *irrégulière*, *asthénique*, *consécutive* des auteurs, ou bien succède à la précédente, ainsi que nous venons de le dire, ou bien débute sous cette forme. Dans les deux cas, elle se comporte comme la goutte aiguë, avec cette différence que les souffrances sont moins vives, les accès moins intenses mais plus prolongés et séparés par de plus longs intervalles, les symptômes de réaction nuls ou presque nuls. L'inflammation dans cette forme de la goutte, se déplace quelquefois avec la plus grande facilité, soit pour se porter d'une articulation sur une autre, soit pour envahir un organe intérieur. C'est alors la *goutte vague* des auteurs.

La goutte chronique dure plusieurs mois, et quelquefois la majeure partie de l'année; en été, seulement dans ce dernier cas, elle laisse quelque repos aux malades. Arrivée à ce degré, elle trouble presque constamment les digestions. Il est vrai que la plupart des malades étant sans fièvre, ils continuent de manger comme avant de souffrir; souvent même, impotens, enchaînés par le mal sur un fauteuil ou dans une alcôve, privés de presque toutes les jouissances qui embellissent la vie, ils se dédommagent de leurs privations et apportent une sorte de compensation à leurs maux, en s'adonnant sans réserve au seul plaisir qu'il leur soit permis de goûter, celui de la table. Peut-on dire alors que ce soit la goutte qui les empêche de digérer? non. Ce sont leurs repas trop copieux, c'est l'immobilité forcée dans laquelle ils vivent, qui les plonge dans un état d'indigestion continuelle. Les articulations ne sont pas habituellement assez souffrantes dans la goutte chronique, pour réagir sur l'estomac et en troubler les fonctions. Cet organe n'est pas malade chez la plupart des goutteux; voyez comme il supporte les médicamens incendiaires qu'on y dépose chaque jour.

Les douleurs de la goutte chronique sont continues, mais en général elles sont supportables. De temps en temps seulement elles s'exaspèrent, et cela arrive surtout après les repas, dans le premier sommeil, sous l'influence des changemens de température, aux approches des orages, après un accès de colère, et souvent chaque fois que le malade veut changer de position, si l'on ne prend des précautions infinies pour déplacer les membres affectés. Dans ces circonstances les douleurs de-

viennent souvent intolérables, elles jettent parfois dans un état passager de syncope les hommes les plus robustes et les plus courageux; elles donneraient la mort si elles avaient quelque durée. Cet état habituel de souffrance rend les goutteux tristes, moroses, grondeurs et colères; un petit nombre d'êtres privilégiés conserve cependant encore du calme et une aimable gaîté au milieu des douleurs non interrompues qui les torturent.

Après les attaques de la goutte aiguë, les articulations restent libres et exemptes de tout engorgement; il en est de même pendant long-temps encore à la suite des attaques de la goutte chronique, bien que la liberté des mouvemens soit plus lente à se rétablir, et qu'un peu d'empâtement persiste pendant quelque temps après le retour à la santé. Mais à la longue, des altérations diverses se manifestent dans les articulations malades et autour d'elles, et les déforment d'une manière plus ou moins bizarre. Tantôt elles restent infiltrées et œdémateuses, d'une attaque jusqu'à celle qui la suit; tantôt les muscles qui les avoisinent demeurent dans un état de contracture permanente et douloureuse. Quelquefois de petits engorgemens partiels, des espèces de nœuds, mous d'abord et sensibles, perdant de leur sensibilité à mesure qu'ils acquièrent plus de consistance, se forment dans l'épaisseur ou à la surface des ligamens et des tendons, entourent les articulations d'une sorte de chapelet de petites tumeurs, et en gênent ou en empêchent entièrement les mouvemens (*goutte noueuse* des auteurs). D'autres fois les surfaces articulaires sont soudées par suite de l'inflammation synoviale et des adhérences qui en résultent, ou par la carie des os. Enfin, dans le plus grand nombre des cas, une matière liquide et comme gélatineuse est déposée autour des articulations ou dans l'intérieur de leurs capsules; c'est d'elle que naissent les concrétions tophacées. Lorsqu'elle est disséminée par gouttelettes, elle se solidifie promptement, et l'articulation se trouve entourée d'une multitude de petites granulations salines qui sortent quelquefois à travers la peau. Mais quand ce liquide forme des collections un peu considérables, ou bien le dépôt s'en fait d'une manière lente et insensible, ou bien les choses se passent de la manière suivante. Chaque accès laisse autour de l'articulation une certaine quantité de cette matière; dans l'intervalle qui les sépare, la partie la plus liquide en est absorbée, et il reste dans la tumeur une substance molle et comme argileuse dont la consistance s'accroît graduellement. Bientôt cette substance devient solide et friable; elle forme un noyau autour duquel chaque attaque vient déposer une nouvelle quantité de liquide, qui, résorbé comme le premier, laisse comme lui une certaine quantité de matière saline. De là résultent des *tophus* plus ou moins volumineux. Lorsqu'ils sont arrivés à un certain degré de grosseur, ils finissent par entretenir autour d'eux un état continuel d'irritation (*goutte fixe* de quelques auteurs), et alors leur accroissement continue, même dans l'intervalle des accès. Enfin, l'irritation est tout à coup portée au plus haut degré d'intensité, le liquide s'accumule en telle quantité que la peau est distendue au point de faire craindre sa rupture; bientôt on voit pour ainsi dire le liquide à travers cette membrane amincie; une aréole d'un rouge de pourpre entoure toute la tumeur; les douleurs deviennent intolérables; la peau s'ouvre, et donne issue à des flots de sérosité, tandis que la substance tophacée reste au fond de l'abcès. Au bout de quelque temps cette substance commence à être entraînée par le pus qui s'est formé et qui s'écoule de l'ulcère; la quantité qu'en rendent quelques malades est parfois considérable. La gangrène s'empare quelquefois de ces ulcères, dont la cicatrisation est dans tous les cas très-lente et difficile à obtenir.

Les auteurs ont décrit sous les noms de *goutte fixe primitive*, *goutte blanche*, *goutte froide*, la goutte chronique peu douloureuse, qui n'est accompagnée que de peu de chaleur et de rougeur sur les articulatoins affectées, et n'est point exaspérée par les causes qui accroissent ordinairement les souffrances des goutteux. Il est évident que ce n'est qu'une nuance de la précédente. Enfin ils ont donné le nom de *nerveuse* à la goutte des gens maigres et nerveux, laquelle ne s'accompagne en général que d'une faible réaction inflammatoire, est très-douloureuse et très-mobile.

Enfin on a désigné par les noms de *gouttes mal placées*, *larvées ou masquées* toutes les inflammations viscérales qui surviennent pendant la durée de la goutte, et même quelquefois chez les individus qui sont sujets à des attaques de cette maladie. Mais il n'y a pas de goutte là où n'existe pas une phlegmasie articulaire; seulement, chez les individus dont le sang et tous les tissus sont surchargés de sucs nutritifs, toutes les inflammations ont, avec la goutte *comme entre elles*, cette analogie de se développer au sein de tissus dont la nutrition est modifiée de la même manière. Il en peut résulter que toutes ces phlegmasies aient entre elles quelques traits de ressemblance, et en outre quelques signes qui les distinguent des phlegmasies ordinaires : mais ces caractères nous échappent encore. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il est permis de supposer l'état général dont il est ici question, chez les individus nés des parens goutteux, à constitution goutteuse eux-mêmes, intempérans et oisifs, et parvenus à l'âge de trente-cinq à quarante ans, si on les voit tourmentés de douleurs vives mais peu durables, passant tour à tour d'un tissu à un autre, se portant indifféremment de l'estomac aux muscles pectoraux, de ceux-ci aux articulations, de ce nouveau siége au cœur, aux reins, aux poumons, etc., etc.; s'ils sont tourmentés de crampes et d'insomnies, et si leurs urines laissent déposer un sédiment crayeux ou de nombreux graviers d'acide urique. On peut donc regarder comme ayant avec la goutte l'analogie que nous avons indiquée, les inflammations qui se déclarent chez les individus placés dans les conditions précédentes. Il en est de même des inflammations viscérales qui surviennent immédiatement après la cessation subite des symptômes de la goutte, et que l'on nomme *gouttes remontées*, *rétrocédées*.

La néphrite et la gravelle sont les deux maladies qui se montrent le plus communément chez les goutteux. Cela ne doit pas étonner quand on

vient à réfléchir que la gravelle reconnaît souvent la même cause que l'arthrite goutteuse, savoir une alimentation trop copieuse.

*Diagnostic différentiel de l'arthrite goutteuse et de l'arthrite rhumatismale.* Appelé près d'un homme qui est en proie à une inflammation articulaire aiguë, on jugera qu'elle est de nature rhumatismale si cet homme est un militaire, un artisan ou un cultivateur, ou si sa vie est active, s'il a la peau fine, délicate et très-sensible aux impressions du froid, s'il fait abus des liqueurs spiritueuses, s'il s'est exposé à une cause de refroidissement général ou partiel, et si l'invasion de la phlegmasie a été brusque et a suivi de près l'action de la cause précédente, si la fièvre a précédé de quelques heures ou d'un ou deux jours son apparition, si plusieurs grosses articulations sont prises en même temps, s'il existe des sueurs abondantes, si les paroxysmes sont irréguliers, et enfin si la maladie se prolonge au-delà de plusieurs jours à une première attaque.

On devra la regarder au contraire comme de nature goutteuse, si le malade est dans l'opulence, s'il est oisif, s'il mange beaucoup et se nourrit de mets succulens ; si, long-temps avant l'invasion de la maladie, il éprouvait des troubles dans les digestions et que la veille de l'attaque il se soit senti mieux portant que d'ordinaire ; si l'invasion a eu lieu pendant la nuit, dans le repos le plus parfait, et sans cause appréciable ; si une seule articulation est entreprise et que ce soit le gros orteil ; si les phénomènes généraux, dits fébriles, ne se développent qu'après l'inflammation et en proportion de son intensité ; si l'inflammation se dissipe en un, deux ou trois jours au plus dans le cas d'une première attaque ; si, se prolongeant au-delà de ce terme, elle marche par accès réguguliers durant trois à quatre jours et offrant des paroxysmes tous les soirs, et qu'elle se termine en quinze jours à peu près.

Mais il n'est pas indispensable de trouver toutes ces conditions réunies pour caractériser l'une ou l'autre affection : autrement on ne pourrait que rarement les distinguer. Il suffit par exemple, que plusieurs grosses articulations soient enflammées à la fois, que leur inflammation ait été précédée de fièvre, et que le froid en soit la cause évidente ; ou bien que le malade soit de la classe peu fortunée, qu'il abuse des liqueurs spiritueuses, et qu'il ait plusieurs articulations enflammées avec fièvre et sueurs abondantes, pour que, dans les deux cas, on regarde la phlegmasie comme rhumatismale. Il suffit aussi que la phlegmasie débute par les petites articulations, et principalement par le gros orteil, qu'elle ait été précédée par des troubles dans les fonctions digestives, et qu'elle se soit développée sans cause appréciable ; ou bien que le malade soit riche, qu'il mange beaucoup et se nourrisse de mets succulens, et que l'inflammation offre cette succession régulière d'accès et de paroxysmes que nous avons décrite, pour que, dans les deux cas encore, on prononce avec certitude qu'elle est de nature goutteuse. Avec moins de signes encore, on peut souvent distinguer la goutte d'avec le rhumatisme articulaire lorsque déjà le malade a eu plusieurs attaques ; car la difficulté n'est grande en général qu'à la première atteinte de l'une ou l'autre de ces phlegmasies. S'il y a eu une décroissance marquée et graduelle dans l'intensité des attaques, depuis la première jusqu'à celle qu'on observe, cela seul suffit pour faire penser que l'inflammation est rhumatismale ; car l'observation démontre que la première attaque de l'arthrite rhumatismale est ordinairement la plus violente ; que très-rarement on en a plus de trois ou quatre aiguës, et que les suivantes sont presque toujours chroniques. Si au contraire la première attaque a été la plus faible, et que les suivantes aient été en croissant graduellement d'intensité, il est plus que probable que la phlegmasie est de nature goutteuse, car telle est la marche ordinaire de cette maladie ; et nous supposons que les premières attaques n'ont pas été caractérisées, ce qui est peu probable ; et nous supposons que nous ne possédons qu'une seule donnée pour établir notre diagnostic, ce qui ne peut pas être ; mais nous voulions faire voir qu'il n'est pas aussi difficile qu'on le dit généralement, de distinguer à l'état aigu le rhumatisme articulaire de la goutte.

Les difficultés sont beaucoup plus grandes lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections à l'état chronique. On en sent la raison : les caractères sont moins nombreux, et ceux qui existent sont moins tranchés. Cependant, en rassemblant tous les renseignemens qu'il est possible de recueillir, quelque faibles qu'ils soient (ce sont les mêmes que pour l'état aigu), on parvient encore le plus ordinairement à reconnaître la véritable nature de la maladie.

Enfin, il est des cas dans lesquels on observe une telle combinaison des symptômes de l'une des deux affections avec ceux de l'autre, qu'il est impossible de prononcer s'ils appartiennent plutôt au rhumatisme articulaire qu'à la goutte. Les auteurs ont nommé ces maladies mixtes des *rhumatismes goutteux* ou des *gouttes rhumatismales*, suivant qu'ils ont cru voir les élémens de l'une prédominer sur ceux de l'autre. Il est probable que dans ces cas le sang est tout à la fois trop excitant et trop surchargé de matériaux nutritifs. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut concevoir la réunion de ces deux maladies.

*Pronostic et terminaisons.* La goutte a rarement des suites funestes par elle-même, mais elle peut être promptement suivie de la mort et en devenir ainsi la cause prochaine, lorsque l'inflammation qui forme un de ses élémens, venant à cesser tout à coup dans l'articulation, envahit un organe important. Dans quelques cas cependant, les désordres qu'elle fait naître dans les articulations deviennent assez graves pour produire le marasme et amener la mort. Mais en général, ses effets les plus fâcheux, sont la déformation des articulations malades, et la perte de la liberté de leurs mouvemens. Elle est d'autant plus douloureuse qu'elle est plus aiguë, d'autant plus difficile à guérir et d'autant plus grave, qu'elle est héréditaire et plus ancienne, d'autant plus dangereuse qu'elle est plus mobile, que le malade observe moins bien les préceptes de l'hygiène, qu'il est plus âgé, plus tourmenté par des passions violentes ou par des chagrins cuisans, enfin qu'il est en même temps affecté d'autres maladies. Les attaques d'automne

et celles d'hiver présentent beaucoup plus de gravité que celles qui surviennent au printemps et surtout en été.

On obtient rarement la guérison complète de la goutte; quelques malades n'en ont qu'une ou deux attaques dans le cours de toute leur vie. Les attaques se terminent souvent par des sueurs abondantes, par des urines déposant un sédiment briqueté, par des selles blanchâtres et comme crayeuses, par une diarrhée bilieuse, par un flux hémorrhoïdal, et, dans quelques cas rares, par une hémorrhagie nasale. En décrivant ses symptômes, nous en avons fait connaître les modes de terminaison.

*Caractères anatomiques*, *analyse chimique des concrétions*. On trouve, sur les cadavres des goutteux qui succombent à l'état aigu, les veines qui entourent les articulations souvent dilatées et gorgées de sang, les ligamens, le périoste et la membrane synoviale rouges, injectés, épaissis, des petites collections purulentes dans le tissu cellulaire environnant, et quelquefois des accumulations de pus ou de sérosité dans la cavité même de la membrane synoviale. A la suite de l'état chronique, on trouve encore les mêmes lésions, et, de plus les cartilages rosés ou piquetés de rouge, épais, ramollis, cariés, et quelquefois soudés entre eux. MM. Ferrus et Rostan ont trouvé plusieurs caillots de sang dans l'articulation du genou. Enfin, après l'état aigu comme à la suite de l'état chronique, on rencontre une substance crayeuse, tantôt déposée par couches autour des extrémités osseuses à la surface du périoste et des ligamens, ou à l'intérieur des articulations, tantôt nageant au milieu de petites collections purulentes sous-cutanées; d'autres fois enfin, rassemblées en concrétions de grosseur variable, irrégulières, soit au dehors, soit au dedans des articulations, et quelquefois même logées dans l'épaisseur de la peau sous forme de grains de sable.

L'analyse chimique de cette matière tophacée a fait voir qu'elle était formée d'urate de soude pour la majeure partie, d'une petite quantité d'urate et de phosphate de chaux, et d'une matière animale.

*Traitement.* Le traitement des attaques de goutte aiguë repose sur les mêmes bases que celui de toutes les inflammations en général. Lors donc qu'une attaque est intense, si le sujet est fort, sanguin, très-coloré, s'il a le pouls plein et dur, on peut commencer par une saignée générale. Toutefois l'ouverture de la veine doit être restreinte à un très-petit nombre de cas, parce qu'on l'a vue quelquefois suivie d'accidens rapidement mortels. On prescrit en même temps le repos le plus parfait, une diète absolue, et l'usage d'une tisane délayante ou légèrement diaphorétique, telle que le bouillon de veau, l'eau de poulet, les infusions de fleurs de mauve, de bourrache, de buglosse, etc. Si les douleurs sont très-vives, on administre quelques narcotiques à l'intérieur, tels que l'opium, la jusquiame, l'aconit, les poudres de Dower, etc.; mais le moyen le plus sûr de les calmer consiste dans l'application de nombreuses sangsues autour des articulations malades, que l'on fait suivre de fomentations ou de cataplasmes émolliens et narcotiques. Ces applications doivent être faites sans timidité et avec persévérance; on ne les remplace que très-imparfaitement par les ventouses scarifiées. On peut en seconder l'efficacité par des bains locaux dans une décoction émolliente et narcotique, ou en dirigeant de l'eau réduite en vapeur sur la partie affectée.

Floyer, Marcard et Gianini ont conseillé l'emploi de l'eau glacée ou des aspersions d'eau froide sur les articulations enflammées. Ce moyen est dangereux en ce qu'il expose à faire disparaître brusquement l'inflammation extérieure et à le voir envahir un organe important. Nous préférerions employer le froid en application topique sur la tête, comme moyen de faire disparaître la douleur, en cessant son application aussitôt que cet effet serait obtenu, ainsi que MM. Lombard et Jolly le conseillent dans les brûlures. D'autres médecins, au contraire, ont eu recours à des applications d'eau bouillante sur les articulations douloureuses; mais cette médication n'a pas fait de partisans et ne méritait pas d'en faire.

Enfin, un moyen assez peu employé dans la goutte, bien qu'il paraisse compter d'assez nombreux succès, c'est le quinquina à hautes doses. Sydenham en avait entrevu l'utilité, mais il ne le croyait avantageux que contre les attaques de la goutte périodique. Mais Held, Small, deux médecins espagnols Lemnos et Tavarès, et Alphonse Leroy, y ont eu recours avec le plus grand succès, dans les attaques ordinaires de goutte aiguë. Lemnos et Tavarès en faisaient précéder l'emploi d'un purgatif; Alphonse Leroy débutait par une application de sangsues, puis se comportait ensuite comme les médecins espagnols. Il serait curieux de répéter ces essais, et l'on a lieu de s'étonner qu'après les résultats obtenus par les médecins que nous avons cités, on ait abandonné l'usage de ce puissant médicament.

Vers la fin des attaques de goutte aiguë, et à mesure que les accidens locaux et généraux diminuent, on permet quelques alimens légers, dont on augmente graduellement la quantité. On doit commencer de bonne heure à faire faire un peu d'exercice aux malades, à pied ou en voiture, sans attendre même que les douleurs soient entièrement dissipées. Mais il importe de prendre les plus grandes précautions contre le froid, dont la plus légère impression suffit souvent pour renouveler les attaques. L'emploi des purgatifs est presque toujours dangereux à cette époque.

Si pendant le cours d'une attaque aiguë, l'inflammation, par une cause quelconque, venait tout à coup à disparaître, et que des symptômes graves de l'inflammation d'un organe intérieur vinssent à se déclarer, il faudrait, sans hésiter, attaquer avec énergie cette phlegmasie nouvelle par les moyens qui lui conviennent, et ne pas se laisser arrêter par l'idée de goutte *remontée* ou *rétrocédée*, dont nous avons apprécié la valeur. Mais en même temps on doit chercher à raviver l'inflammation articulaire au moyen des cataplasmes de moutarde, des pédiluves irritans, des vésicatoires, de l'eau bouillante même, appliqués autour des articulations précédemment douloureuses.

Les bases du traitement de l'arthrite goutteuse

chronique sont encore les mêmes à peu près que dans la goutte aiguë, car la nature de la maladie n'a pas changé. Mais on sent que les saignées générales deviennent ici tout-à-fait inutiles; les applications de sangsues ne doivent être ni aussi fortes, ni aussi répétées; il n'est pas besoin de tenir les malades à une diète absolue, à moins d'une irritation évidente des voies digestives. C'est dans cette goutte que les ventouses sèches et scarifiées sont surtout utiles, et remplacent avantageusement les sangsues. On peut substituer avec avantage aussi, aux fomentations et aux cataplasmes émolliens et narcotiques, les linimens huileux, laudanisés et quelquefois camphrés, les lotions avec une dissolution d'extrait de belladone, des onctions avec des corps chargés de substances narcotiques et résolutives, la laine recouverte avec du taffetas gommé, les vaporisations de succin, de benjoin, de camphre, enfin les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse préconisée par M. Gendrin. Les bains de vapeurs, les douches d'eau sulfureuse lorsqu'il y a peu de douleur, certaines boues, telles que celles de Saint-Amand, produisent aussi de bons effets. Enfin, c'est dans cette goutte que l'on retire quelques avantages de l'emploi du nitre, et de celui des sudorifiques, tels que le sureau, la squine, la salsepareille, le sassafras, le gayac ou sa résine, et la bardane à laquelle on attribue une efficacité particulière. Le colchique compte aussi quelques succès dans la goutte chronique; la plus grande circonspection doit présider à l'emploi de cet agent énergique.

On dissipe en général le gonflement œdémateux qui subsiste parfois après la cessation des douleurs de la goutte chronique, par de douces frictions faites avec une flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques, par des fumigations de baies de genièvre en combustion, par des fomentations avec du vin aromatique, par les linimens ammoniacaux, camphrés ou chargés d'huile de térébenthine, par les douches d'eau simple ou légèrement alcaline, enfin par les bains de vapeurs alcooliques. On a recours encore avec succès aux mêmes moyens, contre les nodosités et les engorgemens qui se forment sur les ligamens et les tendons, et contre les contractures permanentes de quelques muscles. Quand ces contractures sont douloureuses cependant, on emploie avec avantage les cataplasmes dans lesquels entrent le persil ou la ciguë, et ce n'est qu'après avoir fait disparaître toute douleur que l'on en vient à l'emploi des moyens précédens. Les bains huileux et ceux de décoction de tripes jouissent aussi de quelque efficacité contre les contractures. Quant aux concrétions tophacées, l'art ne connaît encore aucun moyen de les résoudre. On sait seulement qu'un liquide séreux se dépose parfois autour de ces concrétions, qu'il les ramollit, et qu'on peut hâter ce ramollissement par des cataplasmes émolliens. Lorsqu'un petit dépôt s'est ainsi formé, on donne issue au liquide qu'il contient, par une petite incision, ou par une ponction faite avec un trocart. Les tumeurs goutteuses, que nous avons dit être formées par la collection d'un liquide gélatineux, peuvent être vidées de la même manière. Dans les deux cas, on facilite par une compression méthodique l'issue des matières. Mais on ne parvient pas toujours par ces moyens, à procurer la sortie de la matière crayeuse; le mieux est dans le plus grand nombre des cas d'y renoncer. Si cependant les malades veulent à toute force en être débarrassés, si d'ailleurs cette substance est toute concentrée sur un point, on peut appliquer un morceau de potasse caustique sur la peau qui la recouvre. Après la chute de l'escharre, une suppuration s'établit, et elle entraîne ordinairement toute la matière tophacée, dont on facilite d'ailleurs la chute, soit en l'ébranlant avec des pinces, soit même en la détachant avec la pointe du bistouri ou de la lancette.

Lorsque des désordres plus considérables se sont opérés dans les articulations, tels que la carie des os, l'ulcération des cartilages, etc., il faut placer, au voisinage des parties malades, des cautères dont on entretient long-temps la suppuration. (Voyez pour le traitement ultérieur *Ostéite articulaire.*)

Dans la goutte *nerveuse*, on associe avec avantage, aux moyens précédemment indiqués, des antispasmodiques, tels que le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, la teinture de succin, l'éther, etc.

Lorsque les malades sont avertis des approches de la goutte, par quelques uns des symptômes que nous avons indiqués, plusieurs médecins conseillent de favoriser le développement de la phlegmasie articulaire, en appliquant autour des articulations qui en sont habituellement le siége, des cataplasmes de moutarde ou de verveine et de vinaigre, ou des morceaux de laine imbibés d'eau chaude pure, ou légèrement alcoolisée, ou bien en faisant plonger les pieds du malade dans un mélange de six onces d'acide hydrochlorique et de six à huit pintes d'eau, ou dans de l'eau sinapisée, dans de la lessive de cendre, etc. Ce précepte est bon à suivre quand les signes avant-coureurs d'une attaque consistent dans des congestions vers la tête, qui peuvent faire craindre une attaque d'apoplexie, ou bien quand le malade éprouve des palpitations violentes, avec douleurs précordiales, irrégularité du pouls et dyspnée considérable. Mais lorsque ces symptômes précurseurs ont peu de gravité, il vaut mieux tenter de faire avorter l'attaque, ou du moins d'en diminuer la violence. Une saignée du bras, si le besoin s'en faisait remarquer, du repos, la diète et des boissons délayantes, atteindraient sans doute fréquemment ce but. M. Ferrus a vu un goutteux qui, par quelques unes de ces précautions, a conjuré, dit-il, plus de la moitié de ses souffrances. Nous ne conseillons pas d'avoir recours aux purgatifs dans l'espoir d'obtenir ce résultat, ce serait s'exposer à de trop fâcheux mécomptes.

Beaucoup de médecins s'abstiennent de toute médication locale dans le traitement de la goutte, et se bornent à prescrire le repos, des boissons délayantes, la diète ou un régime sévère, et quelques précautions hygiéniques. Cette médecine trop timide, abandonne sans pitié les malades à leurs souffrances, et les expose à toutes les chances de désorganisation qu'une inflammation non combattue peut laisser après elle; nous ne saurions par conséquent l'approuver. Mais nous ne saurions nous élever avec trop de force contre cette

pratique meurtrière, tout-à-fait opposée, qui consiste à *fixer*, *à régulariser la marche* de l'arthrite goutteuse, en couvrant les articulations de cataplasmes irritans, comme celui de Pradier, par exemple, et en administrant à l'intérieur le vin chaud, le gingembre, le poivre, la canelle, le camphre et autres médicamens incendiaires. Il faut fuir ces deux extrêmes.

Après avoir fait connaître les moyens de traiter la goutte, il nous reste encore, pour compléter notre tâche, à indiquer ceux de la prévenir. Or, si la théorie que nous avons donnée de cette maladie est fondée, si la cause qui reproduit incessamment les attaques consiste dans une surabondance de matériaux nutritifs, que faut-il faire pour la détruire? Deux choses évidemment: dépenser la plus grande quantité possible de ces matériaux, en tarir la source. On remplit la première de ces indications en activant toutes les sécrétions, c'est-à-dire en facilitant la transpiration cutanée par des bains, les frictions et des vêtemens de flanelle, en provoquant la sécrétion urinaire à l'aide d'une boisson légèrement diurétique, telle que la petite bière, et même par l'usage d'alimens doués de cette propriété, enfin en faisant faire beaucoup d'exercice: *goutte bien travaillée est à moitié pansée.* Pour satisfaire à la seconde indication, il suffit en général d'imposer un régime sévère composé de légumes, de poisson, de soupes maigres, d'œufs, de fruits, de laitage et d'eau, de ne permettre même l'usage de ces alimens qu'à de petites doses, et de proscrire toutes les viandes et les spiritueux. Cependant si le sujet est pléthorique, et que chez lui la nutrition soit très-active, il est bon d'avoir recours de temps en temps à une évacuation sanguine, soit par la lancette, soit par les sangsues. Mais on sent que pour qu'un pareil traitement soit couronné d'un succès complet, il doit être employé de bonne heure, car lorsqu'il s'est établi en quelque sorte une habitude de fluxion vers quelques articulations, lorsqu'à plus forte raison il s'y est opéré des désordres d'organisation qui persistent dans l'intervalle des attaques, le régime le plus sagement combiné devient impuissant. Cependant, comme il est impossible de savoir à l'avance, et de juger d'après l'ancienneté d'une arthrite goutteuse et par les désordres qu'elle a produits, lorsque toutefois ces désordres ne sont pas trop considérables, si la maladie est ou non susceptible encore de guérir radicalement par le régime, on ne doit jamais le faire abandonner. Et alors même que toute espérance de cure complète serait perdue, il faudrait encore le continuer; car c'est le seul moyen de diminuer les souffrances du malade, d'éloigner ses attaques, et de les rendre moins rebelles à l'action des moyens locaux. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il faut toujours en seconder les effets par les soins hygiéniques, recommandés contre toutes les maladies chroniques; nous dirons seulement que, parmi ces moyens, les plus indispensables consistent dans les précautions contre le froid humide.

### De la périostite.

On appelle ainsi l'inflammation du périoste. Cette affection peut être aiguë ou chronique; elle affecte de préférence le périoste des os superficiels. C'est la *périostose* ou *gomme* des auteurs.

*Causes.* Elle peut être le résultat d'une plaie, d'une contusion ou d'une autre cause physique externe. Souvent aussi elle se développe sans qu'on puisse en accuser aucune violence extérieure; dans ce cas, elle dépend presque toujours du virus syphilitique.

*Symptômes.* La périostite aiguë et spontanée affecte assez souvent tout le périoste d'un os; il semble alors que celui-ci a augmenté de volume et est devenu douloureux dans toute son étendue. Ordinairement aussi, le tissu cellulaire ambiant s'engorge et s'enflamme, la peau rougit, et la maladie prend au bout de quelques jours des caractères assez semblables à ceux d'un phlegmon érysipélateux. La périostite de cause externe se présente sous forme d'une tumeur adhérente à l'os, avec lequel elle semble faire corps, douloureuse, non circonscrite, et d'une dureté ou plutôt d'une élasticité particulière. La périostite chronique est presque toujours un symptôme d'affection syphilitique invétérée. Ordinairement elle est précédée long-temps à l'avance, par des douleurs fixes dans le lieu où elle doit se développer. On la reconnaît à une tumeur dure, non circonscrite, dont la saillie se confond insensiblement avec la surface de l'os, avec lequel elle fait corps. Cette tumeur est quelquefois très-douloureuse; dans d'autres cas, au contraire, elle est tout-à-fait indolente.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Le développement de la tuméfaction qui accompagne la périostite aiguë ou chronique est en général assez prompt; c'est même un des caractères qui servent à la distinguer de l'exostose, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie, mais qui se développe toujours avec lenteur. La périostite aiguë peut se terminer par résolution dans l'espace d'un mois à six semaines; mais cette terminaison heureuse est d'autant plus rare, que la maladie a marché avec plus de rapidité, et que les symptômes inflammatoires ont été plus violens. En général, lorsqu'ils ont été assez intenses pour éveiller les sympathies du cœur et de l'estomac, la périostite se termine par suppuration; et comme celle-ci a presque toujours lieu entre la membrane fibreuse et l'os qu'elle recouvre, cette terminaison conduit presque sûrement à la nécrose du tissu osseux sous-jacent. La périostite de nature vénérienne marche avec plus de lenteur. Quelquefois, mais rarement, les douleurs, s'il en existe, cessent, mais la tumeur persiste, et la maladie se termine par une véritable induration; plus souvent la tumeur devient molle pâteuse, sans fluctuation; d'autres fois enfin, elle s'enflamme et s'abcède; le pus qui s'écoule est en petite quantité, et son évacuation ne vide qu'imparfaitement la tumeur, qui ne diminue complètement de volume que lorsque son fond s'est détaché sous forme d'une espèce de bourbillon blafard et grisâtre. D'autres fois, enfin, on trouve, à l'ouverture de l'abcès, l'os dénudé de son périoste. Souvent enfin, la périostite chronique de nature non syphilitique se termine par le développement d'une véritable tumeur fongueuse. (Voyez *Productions morbides.*)

Dans tous ces cas, il est rare que la périostite ne soit pas compliquée de la nécrose de la partie correspondante de l'os.

*Caractères anatomiques.* On trouve dans la périostite aiguë, le périoste épaissi, gonflé, injecté, rouge et souvent détaché de l'os, dont il se trouve séparé par une couche de liquide gélatiniforme ou par une couche de véritable pus. Dans la périostite chronique, le périoste est épais, ramolli, lardacé, sa substance, homogène, est semblable à celle d'un ganglion lymphatique engorgé, ou bien il donne naissance à de véritables tumeurs ou productions fibreuses.

*Traitement.* Celui de la périostite aiguë est tout antiphlogistique, et se compose principalement de saignées générales et surtout locales, d'applications émollientes, de bains, etc. Quand la maladie se termine par suppuration, il faut ouvrir de bonne heure la tumeur, afin de borner la dénudation presque inévitable de l'os. Il est inutile de dire que le traitement antisyphilitique est le seul qu'il convienne d'opposer aux périostites vénériennes.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME SYNOVIAL.

### Considérations générales.

On sait l'analogie qui rapproche les membranes synoviales des séreuses : même disposition en forme de sacs sans ouverture, même exhalation d'un fluide albumineux, même usage de faciliter des mouvemens ; enfin, dans l'état maladif, même disposition à contracter des adhérences, et à l'hydropisie. Cependant il existe des différences assez grandes entre ces deux ordres de membranes, pour qu'il devienne indispensable de les séparer dans l'étude.

Formées, comme les membranes séreuses, par du tissu cellulaire condensé, mais plus denses et plus serrées, moins extensibles, par conséquent plus pauvres en vaisseaux sanguins, les synoviales semblent n'être également qu'un entrelacement d'exhalans et d'absorbans. Leurs fonctions, simples comme leur texture, se bornent à exhaler et à absorber un fluide, la synovie, qui facilite les mouvemens articulaires. Douées de peu de vitalité, privées dans l'état sain de liaisons sympathiques avec les autres organes, à l'abri des influences extérieures, contre lesquelles la peau, le tissu cellulaire et le système fibreux les protègent, ces membranes sont rarement affectées directement. Elles s'enflamment cependant quelquefois, et comme tous les autres tissus, elles s'échauffent, rougissent, deviennent douloureuses et augmentent d'épaisseur. La sensibilité qu'elles acquièrent alors est ordinairement assez vive, et le moindre mouvement de l'articulation l'augmente. Les suites ordinaires de leur inflammation sont la formation de brides allant d'une surface à l'autre, les adhérences, les ulcérations, la suppuration ou l'épanchement de fluides de diverses natures, ce qui produit l'hydropisie ; enfin une dégénération particulière que nous décrirons parmi les irritations du système osseux qu'elle accompagne toujours.

Les synoviales enflammées ne font naître des sympathies que lorsque leur inflammation est très-vive ; celles qu'elles développent alors leur sont communes avec les autres parties qui entrent dans la formation des membres, ce sont celles du cœur, de l'estomac et de l'encéphale.

### De la synovite.

L'inflammation des membranes synoviales est encore peu connue. Plusieurs médecins pensent que le *rhumatisme articulaire* consiste dans cette phlegmasie ; d'autres la regardent comme la source des phénomènes morbides auxquels on a donné le nom de *goutte ;* ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est fondée. (Voyez *Arthrite*). Sous forme chronique, elle est une des affections que l'on a confondues sous les dénominations de *tumeurs blanches* et *arthrocaces ;* enfin, accompagnée de l'accumulation de la sérosité dans la capsule, elle a été décrite sous les noms d'*hydrarthre, hydrarthrose* et *hydropisie des articulations.* Trois causes principales ont contribué à retarder l'histoire de cette phlegmasie : d'abord son peu de fréquence ; en second lieu, la presque impossibilité de reconnaître pendant la vie si l'inflammation existe dans la synoviale ou dans les appareils fibreux, cartilagineux et osseux qui forment l'articulation, ou dans toutes ces parties ensemble ; et troisièmement la rareté de son existense isolée de toute complication sur les cadavres. Nous allons essayer de retracer l'état actuel de la science sur cette maladie.

*Causes.* Toutes les violences extérieures peuvent produire la synovite. Ainsi les coups, les chutes, les distensions forcées, l'entorse, les plaies pénétrantes des articulations, développent cette inflammation : elle naît aussi sous l'influence du froid humide, surtout lorsque son action est brusque et circonscrite sur une ou plusieurs articulations, et principalement encore lorsqu'il agit pendant le sommeil, ou bien pendant long-temps d'une manière continue. On l'a vue survenir pendant le cours de la syphilis, et, dit-on, par l'effet du virus de cette maladie ; l'abus du mercure l'occasionne aussi quelquefois ; enfin, de même que toutes les phlegmasies, elle succède parfois à la disparition trop rapide des phlegmasies cutanées, et plus fréquemment à la suppression subite d'une uréthrite.

*Symptômes.* La douleur locale est le seul signe qui annonce ordinairement la synovite, et ce signe est insuffisant pour la faire distinguer de l'inflammation de toute autre partie de l'articulation ; cependant les auteurs prétendent que lorsque cette douleur est augmentée par le frottement des surfaces articulaires, et qu'elle se fait sentir surtout du côté où la flexion s'opère, cela indique que l'inflammation a son siége dans la membrane synoviale. La position demi-fléchie du membre, donnée comme un signe de synovite par quelques auteurs, s'observe dans toutes les phlegmasies articulaires. Il en est de même de la chaleur et du gonflement de la partie. L'inflammation peut occuper plusieurs articulations, et provoquer par sympathie celle des voies digestives. L'un de nous a vu toutes les articulations à membrane synoviale, sans exception, simultanément enflammées et contenant du pus.

Lorsque la synovite est accompagnée de sécré-

tion morbide de pus ou de synovie, le diagnostic en devient plus facile. Une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, et circonscrite par les attaches des ligamens, se manifeste à l'articulation enflammée. Elle cède à la pression; elle ne conserve pas l'impression du doigt; enfin, elle est plus saillante dans certains points que dans d'autres. Au genou, où elle est plus fréquente, elle fait saillie de chaque côté de la rotule par deux tumeurs d'inégale grosseur; l'interne est plus volumineuse que l'externe. La rotule est soulevée par le liquide et écartée des condyles du fémur; lorsqu'on la presse, elle s'enfonce jusque sur la partie antérieure des condyles, et fait saillir davantage les tumeurs latérales, dont la tension augmente; aussitôt que l'on cesse la pression, cet os revient sur lui-même à la place qu'il occupait auparavant. Les mouvemens du genou changent aussi la forme et la circonstance des tumeurs; dans la flexion, elles deviennent plus larges, plus dures et plus saillantes; dans l'extension au contraire, elles s'affaissent légèrement, redeviennent molles et fluctuantes. D'abord limitée par les insertions de la capsule, ainsi que nous l'avons déjà dit, la tumeur s'accroît avec l'accumulation du pus ou de la synovie, et peut s'élever jusque vers le milieu de la cuisse.

A l'articulation du pied avec la jambe l'*hydrarthre* se reconnaît à la présence de deux tumeurs oblongues, situées derrière et surtout devant les malléoles, et offrant les caractères de mollesse, de fluctuation, etc., que nous venons de signaler dans les précédentes. Au poignet, la tuméfaction existe en avant et en arrière, et est à peine sensible sur les côtés. Au coude, elle se manifeste par deux saillies oblongues sur les parties latérales de l'olécrâne. Enfin, à l'épaule, c'est en avant qu'elle se développe; elle fait sentir sa fluctuation vers l'intervalle celluleux des muscles deltoïde et grand pectoral qu'elle soulève. Il est bon de noter que l'articulation coxo-fémorale n'est jamais le siége de ces hydropisies. En général, les mouvemens d'une articulation ainsi affectée sont conservés, mais elle a presque toujours plus ou moins perdu de sa solidité.

La nature du liquide accumulé varie. Lorsque l'épanchement suit une inflammation aiguë de la capsule, la matière en est assez souvent purulente; fréquemment aussi il est formé par de la synovie non altérée. Mais c'est surtout à l'état chronique, que l'on observe des collections plus ou moins considérables de cette liqueur qui n'a subi aucune altération. Ce sont ces hydropisies que l'on a regardées comme essentielles, et qu'on a attribuées à l'augmentation de l'exhalation, ou à la diminution de l'absorption. Mais elles dépendent encore de l'irritation de la capsule, et nous n'en voulons pour preuves que les causes que tous les auteurs leur assignent. Ces causes sont: les *contusions*, les *efforts violens*, les *entorses négligées* ou *mal traitées*, les *affections rhumatismales*, la *présence de corps étrangers dans les articulations*, etc., en un mot toutes celles que nous avons assignées à l'inflammation de cette membrane. Sans doute cette irritation ne s'élève pas toujours au degré de la phlogose, mais l'impossibilité de s'en assurer pendant la vie, s'oppose à ce que l'on sépare l'étude de l'hydrarthre, symptôme d'une irritation sécrétoire, de celle de l'hydrarthre, symptôme d'une inflammation. Enfin, le liquide accumulé est quelquefois rougeâtre, épais, grisâtre, fétide, etc.; cela s'observe surtout lorsque la capsule est profondément altérée, et que les parties voisines participent à sa désorganisation.

Quelquefois les membranes synoviales enflammées d'une manière chronique ne donnent lieu qu'à un faible épanchement, il est même parfois tout-à-fait nul; mais ces membranes se ramollissent et s'ulcèrent, les cartilages et les fibro-cartilages inter-articulaires se gonflent et s'érodent, les extrémités articulaires des os se tuméfient et sont frappées de carie; enfin le périoste et les ligamens s'engorgent. La maladie est, dans cet état, désignée sous le nom de *tumeur blanche;* le genou en offre les plus fréquens exemples. Dans ces cas, il est vrai, il est difficile de savoir si l'inflammation a débuté par la capsule ou par les autres parties de l'articulation; mais nous pensons qu'il en est le plus souvent ainsi (1), et ce qui nous le fait croire, c'est qu'à la dissection des parties, la lésion de cette membrane et des cartilages est la plus constante. Enfin, dans quelques cas, les deux surfaces de la membrane enflammée contractent des adhérences, tout mouvement de l'articulation cesse d'être possible; il y a ce qu'on appelle *ankylose*. (Voyez *Lésions de rapport.*)

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la synovite est en général très-lente; même à l'état le plus aigu, elle met presque toujours beaucoup de temps à parcourir ses périodes. Nous avons vu cependant une inflammation de la capsule de l'articulation huméro-cubitale, naître et suppurer dans l'espace de quarante-huit heures; mais cette marche est rare, lorsqu'il y a hydrarthre surtout. Dans ce dernier cas même, cependant, la synovite parcourt assez rapidement ses périodes. Nous avons observé chez une femme un exemple d'hydrarthre qui se formait en deux ou trois jours, à la suite d'une marche un peu fatigante, acquérait un volume considérable, causait de vives douleurs, et se dissipait complètement en huit jours par une application ou deux de sangsues, et quelques rubéfians. Cette affection, qui durait depuis cinq ans, se reproduisait et disparaissait ainsi plusieurs fois dans le cours de l'année. La malade a cependant passé dix-huit mois sans l'éprouver; mais dans les derniers temps elle était à peine dissipée qu'elle se reproduisait. Toutefois, cette marche est la plus rare, et la durée de la synovite est ordinairement longue; elle est indéfinie quand le désordre a envahi toute l'articulation. On obtient sans doute fréquemment la résolution de la synovite aiguë, puisqu'on voit souvent guérir ainsi des *rhumatismes articulaires*, et qu'il est bien certain que plusieurs de ces affections sont accompagnées de cette phlegmasie; mais comme on n'a jamais la certitude complète du siége précis de l'inflammation, on ne peut affirmer qu'il en soit ainsi, excepté

(1) C'est aussi l'opinion de Brodie de Londres. Voyez la traduction de son *Traité des maladies des articulations*, etc., par Léon Marchant. Paris 1816, in-8.

toutefois dans les cas où il y a accumulation de sérosité, comme dans celui que nous venons de rapporter. La terminaison la plus ordinaire est la suppuration ou l'accumulation de la synovie, et ces liquides peuvent être absorbés plus ou moins promptement. La matière est assez promptement absorbée lorsque l'inflammation de la synoviale avant succédé à la suppression subite d'une uréthrite ou d'une vaginite vénériennes, ces phlegmasies viennent à être rappelées à leur ancien siége (1). L'ankylose de l'articulation affectée, et plus fréquemment l'épuisement, le marasme et la mort, sont les suites ordinaires de la phlegmasie chronique et ancienne qui s'est étendue à toutes les parties articulaires.

*Caractères anatomiques.* On trouve à la dissection des parties, la membrane synoviale épaissie, plus ou moins injectée, ramollie ou brunâtre, érodée, recouverte de fausses membranes, ou transformée en tissu cellulaire dense et très-rouge, ainsi que les cartilages de l'articulation, ou parsemée de brides allant d'une surface à l'autre, ou adhérente. La synovie, dont la quantité varie depuis trois à quatre onces jusqu'à une et deux livres, est, ainsi que nous l'avons déjà dit, tantôt sans altération, tantôt purulente, sans odeur ou fétide, blanche ou grisâtre, et quelquefois convertie en une bouillie rougeâtre. Dans ce dernier cas, il est vrai, c'est plutôt une sorte de détritus de la membrane qui se présente ainsi que la synovie elle-même. En effet, la capsule est réduite en une substance pulpeuse, épaisse, d'un brun léger, quelquefois d'un brun rougeâtre et sillonnée par des linéamens blancs membraneux (2). Dans ce cas aussi, les cartilages sont ulcérés et les os ramollis et cariés: c'est le dernier terme de la synovite chronique; c'est le désordre qui correspond à la *tumeur blanche* des auteurs. Enfin M. Dupuytren a vu la face interne de la capsule articulaire parsemée de toutes parts de pelotons d'apparence celluleuse inégaux, par leur forme et leur volume, supportés par des pédicules assez étroits, et d'où l'on faisait sortir par la pression une liqueur visqueuse, filante, rougeâtre, et semblable à celle qui remplissait l'articulation.

*Traitement.* Le traitement de la synovite aiguë se compose de saignées générales et locales, employées avec persévérance, car cette phlegmasie est une de celles qui résistent le plus, des topiques émolliens et narcotiques, des boissons délayantes, des bains émolliens prolongés, de la diète et du repos. Lorsque l'inflammation a en partie cédé sous l'influence de ces premiers moyens, on a recours avec succès aux révulsifs, mais ils doivent être appliqués à la peau même qui recouvre l'articulation malade; plus éloignés du siége du mal, ils resteraient sans action, parce que les capsules articulaires sont à peine unies par des liaisons sympathiques aux autres parties. Les vésicatoires volans, les cataplasmes de moutarde, les linimens volatils camphrés, les ventouses scarifiées, et surtout le cautère transcurrent, etc., déplacent l'irritation, et déterminent l'absorption du liquide épanché.

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine* en 18 vol. article *hydrarthrose*.

(2) Brodie, *ouvrage cité*.

Lorsque, malgré tous ces moyens, l'hydropisie de l'articulation continue de s'accroître ou ne diminue pas, on peut essayer les bains et les douches de vapeur, les bains sulfureux, les frictions mercurielles, les frictions avec des flanelles imprégnées de la vapeur d'acide acétique, de benjoin, de succin, tandis qu'on administre à l'intérieur des sudorifiques ou des purgatifs, dans le but d'établir des révulsions sur la peau ou sur la membrane muqueuse gastro-intestinale: tous ces moyens comptent des succès. On a aussi obtenu quelques guérisons par l'électricité. Dans quelques cas enfin, une compression douce et uniforme, faite à l'aide d'un bandage appliqué depuis la partie inférieure du membre jusqu'au-dessus de l'articulation malade, et augmentée à mesure que la tumeur diminue, a guéri lorsque toutes les autres médications avaient échoué. Enfin, il faut se hâter de rappeler les uréthrites et les vaginites trop brusquement disparues, lorsque l'inflammation de la capsule a succédé à leur disparition.

La maladie est souvent rebelle aux divers traitemens que nous venons d'exposer, et il ne reste plus de ressource alors que dans une opération chirurgicale, par laquelle on donne issue au liquide accumulé; mais ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'on doit se décider à tenter ce moyen. En effet, c'est du degré d'altération qu'a éprouvé la membrane synoviale que dépend tout le succès qu'il peut avoir. Lorsque cette membrane est encore mince, transparente, et que l'irritation, cause de l'hydropisie, est épuisée, ou qu'elle n'est plus entretenue que par la présence du liquide, l'opération doit réussir. Elle doit encore être couronnée du succès, dans certains cas où la sensibilité de la capsule étant peu exaltée, l'irritation excitée par l'opération elle-même et par le contact de l'air peut bien déterminer un degré d'excitation suffisant pour arrêter la sécrétion morbide, mais pas assez considérable pour y provoquer la suppuration. Mais, toutes les fois que la membrane synoviale est épaissie, altérée, toutes les fois surtout que les cartilages diarthrodiaux, que les ligamens qui affermissent l'articulation commencent à s'altérer et à se ramollir, l'opération peut avoir le plus fâcheux résultat. Dans ces cas, en effet, une irritation violente déterminée par le contact de l'air, amène une suppuration abondante et fétide, accélère le ramollissement des cartilages et la carie des os, trouble sympathiquement les fonctions du cœur et de l'estomac, produit le marasme, et le malade ne tarde pas à succomber si on ne se décide à pratiquer promptement l'amputation du membre. Il serait donc très-important de pouvoir déterminer *à priori*, quel est l'état réel des tissus malades; mais on conçoit que cela est souvent impossible. C'est ce qui explique pourquoi, parmi les opérations pratiquées dans des circonstances en apparence semblables, les unes réussissent, tandis que les autres déterminent des accidens graves. Aussi ne doit-on se décider à donner issue au liquide épanché, que lorsque la maladie, après avoir résisté à tous les autres moyens, devient tellement gênante qu'elle condamne l'articulation à l'immobilité. Quant au procédé opératoire, les uns veulent qu'on se contente d'une simple ponction faite

à l'aide d'un trocart, les autres conseillent de larges incisions qui permettent au liquide de s'écouler à mesure qu'il est reproduit. Dans le premier cas, on continue les applications répercussives et la compression; dans le second, on se met en garde contre l'excès de l'inflammation qui doit nécessairement survenir, et l'on aide, si l'on veut, les applications externes par des injections émollientes faites dans l'intérieur de l'articulation. L'une et l'autre de ces méthodes compte des succès et des revers. Il nous semble que le parti le plus prudent consiste à pratiquer d'abord les ponctions, et qu'on ne doit se décider à inciser la membrane hydropique, qu'après s'être convaincu que le premier moyen est insuffisant.

### INFLAMMATIONS DU SYSTÈME CARTILAGINEUX.

#### Considérations générales.

On découvre difficilement des traces d'organisation dans le système cartilagineux; cependant personne ne doute qu'il ne soit organisé; mais on discute pour savoir s'il est tissu en lames, en fibres, ou en aréoles. « Les cartilages, dit Meckel, sont des corps solides, durs, lisses, très-élastiques, blanchâtres, en apparence homogènes, dans lesquels on ne distingue ni fibres ni lames (1). » On n'y découvre ni vaisseaux sanguins, ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs, ils sont insensibles. Leurs fonctions sont entièrement passives; ils diminuent les frottemens de quelques articulations; ils sont placés comme de simples couches entre quelques autres (les sutures); enfin ils contribuent, par leur élasticité, à conserver les formes de certaines parties et de certaines cavités, tout en leur permettant les mouvemens que réclament les usages auxquels elles sont destinées; tels sont les cartilages des paupières, du nez, des oreilles, du larynx, de la trachée et des côtes.

Les maladies de ce système, peu fréquentes, le sont cependant davantage que ne sembleraient le faire supposer la simplicité de son organisation, l'obscurité de ses fonctions et son éloignement de tous les agens d'irritation. Mais il est rarement irrité primitivement, tandis qu'assez fréquemment il s'affecte secondairement à l'inflammation des membranes cutanées, muqueuses, synoviales, ou des os avec lesquels il est en rapport. Les cartilages irrités se gonflent, se ramollissent et suppurent, mais ils ne s'injectent que très-rarement de sang. L'irritation n'y revêt donc presque jamais les caractères inflammatoires, elle y reste obscure comme la vitalité du tissu. On sait que mis à nu sur un animal vivant, et exposés pendant long-temps au contact de l'air, ils n'acquièrent pas la moindre trace de rougeur. L'érosion, la carie, et l'ossification pour quelques uns, sont les suites ordinaires de leur irritation.

Les phénomènes d'irritation ou d'inflammation sont à peine marqués dans les cartilages, ils affectent une lenteur remarquable, et sont, en un mot, toujours chroniques. Sous ce rapport, ces organes diffèrent à peine des os, seulement ils se réunissent un peu plus rapidement lorsqu'ils ont été divisés, encore est-ce le périchondre qui fait tous les frais de leur réunion. La résolution, la guérison de quelque manière qu'elle s'opère, s'y fait toujours long-temps attendre; et cette lenteur, comme l'observe Bichat, est une conséquence nécessaire de celle des mouvemens de composition et de décomposition du tissu cartilagineux; car les maladies naissent et se guérissent par les mêmes lois qui président à l'action vitale des tissus, ainsi que nous l'avons établi dans nos généralités sur l'irritation. Il en résulte que les moyens thérapeutiques ont peu d'efficacité contre les maladies de ce système, et que leur action a besoin d'être soutenue et de longue durée pour être suivie de résultats.

On trouve sur les cadavres, des cartilages rouges, ramollis, tuméfiés, érodés, ulcérés, suppurés, ossifiés ou détruits.

Nous n'aurons à traiter ici que de l'inflammation des cartilages articulaires et de celle des cartilages des côtes, celle des autres cartilages n'étant pas bien connue, ou devant être traitée ailleurs.

#### De la chondrite des côtes.

Les cartilages costaux participent assez souvent à l'inflammation du sternum, à celle des côtes, et surtout à celle du périchondre qui les revêt. Dans cette dernière circonstance même, on voit quelquefois la surface se ramollir et se couvrir de bourgeons celluleux et vasculaires qui suppurent. Mais dans tous ces cas, la maladie n'est qu'accessoire, et c'est celle de la côte, du sternum ou du périchondre, qui doivent absorber toute l'attention du praticien. (Voyez *Périostite*, *Ostéite*, *Costite* et *Sternite*). L'inflammation primitive du tissu même du cartilage est au contraire assez rare.

*Causes*. Une percussion ou toute autre violence extérieure peut donner lieu à cette maladie; mais quelquefois elle est entièrement spontanée, et l'on ignore encore quelle est la cause à laquelle il faut l'attribuer. Peut-être, comme l'ostéite, se développe-t-elle de préférence sur les sujets scrophuleux et jeunes, et sur ceux qui sont affectés de syphilis.

*Sympômes*. Le gonflement du cartilage, facile à reconnaître, la douleur locale, profonde, obtuse, et augmentant dans les grands mouvemens d'inspirations, sont à près les seuls symptômes dont l'inflammation des cartilages costeaux puisse être accompagnée. Ces organes sont trop peu importans pour que leur inflammation développe des sympathies.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic*. La marche de cette maladie est en général assez lente, et sa durée longue. Elle peut se terminer par résolution; quelquefois aussi elle se termine par une sorte d'induration, c'est-à-dire, par l'ossification du cartilage affecté. D'autres fois enfin, elle se termine par la suppuration ou la carie de cet organe. On voit alors se former avec lenteur une tumeur molle, fluctuante dès son début, qui s'abcède et laisse écouler un pus séreux et peu lié. L'ouverture de la peau devient fistuleuse, et si on y porte un

(1) *Manuel d'Anatomie générale, descriptive et pathologique*, etc., tom. I, pag. 350.

stylet, cet instrument, en pénétrant jusqu'au centre du cartilage, fait éprouver une sensation analogue à celle qui résulterait de sa rencontre avec des parcelles osseuses et friables. Le pus lui-même ne tarde pas ordinairement à entraîner au dehors quelques particules ossifiées et séparées du reste du cartilage.

Lorsque la maladie a peu d'étendue, on voit quelquefois la suppuration se tarir, et une cicatrice solide et adhérente au cartilage se former. Mais le plus souvent elle envahit toute l'épaisseur du cartilage, et reste ensuite stationnaire. Jamais cette affection n'est assez grave pour compromettre la vie du malade.

*Caractères anatomiques.* Dans la première période de la maladie, on trouve le cartilage injecté, rouge et moins élastique que dans l'état naturel. Lorsque la maladie s'est terminée par la carie, on trouve toujours que cette affection existe au centre d'une ossification, laquelle est entourée d'un cercle de vaisseaux injectés, qui précède toujours le dépôt de matière salino-terreuse dans les interstices du tissu cartilagineux. Ordinairement aussi, les parties molles sont détachées de toute la circonférence du cartilage malade qui se trouve ainsi complètement isolé.

*Traitement.* Les émolliens d'abord, et ensuite les irritans dérivatifs appliqués sur la peau, constituent tout le traitement de la maladie à la première période, à moins qu'elle ne tienne à une cause syphilitique, ou à une disposition scrofuleuse; car alors il faudrait joindre à ces moyens ceux qui sont indiqués contre la vérole et les scrofules. Il n'y a rien à faire lorsqu'une inflammation lente s'est terminée par l'ossification du cartilage affecté. Mais quand la maladie a passé à l'état de carie, et que celle-ci continue de faire des progrès, on peut obtenir la guérison par une opération chirurgicale, qui consiste à mettre à découvert le cartilage malade, au moyen d'une incision faite aux tégumens, et si la maladie est superficielle, à enlever couche par couche tout ce qui est altéré, à l'aide d'un fort scalpel, ou si la maladie est profonde, et que l'organe soit isolé de toutes parts, comme cela a ordinairement lieu dans ces cas, à retrancher la portion qui est malade, en la coupant perpendiculairement à son épaisseur de chaque côté, au delà des limites du mal, par une opération analogue à la résection des côtes. (Voyez *Costite.*) On traite ensuite le malade comme après cette opération.

### De la chondrite articulaire.

L'inflammation des cartilages articulaires est, de même que celle des membranes synoviales et des trousseaux fibreux qui environnent les articulations, l'un des points de départ d'une affection très-grave que les auteurs ont désignée sous les noms d'*arthrite chronique*, de *tumeur blanche*, d'*arthrocace*, etc., et surtout de *luxation spontanée*, en raison de l'un des effets qu'elle manque rarement de produire lorsqu'elle n'est pas arrêtée dans sa marche. Aussi, de même que nous l'avons fait pour les affections que nous venons de nommer, nous nous bornerons ici à décrire en général les phénomènes particuliers à l'inflammation des cartilages articulaires, nous réservant de décrire complètement l'*arthrocace* proprement dite, lorsque nous traiterons de l'inflammation des parties du système osseux qui concourent aux articulations.

La chondrite articulaire est quelquefois aiguë, et beaucoup plus souvent chronique; mais comme, dans ces deux manières d'être, la maladie ne diffère que par le temps qu'elle met à se développer, et peut-être par l'intensité plus vive de la douleur, ainsi que par la facilité un peu plus grande qu'elle offre à céder aux moyens appropriés dans le premier cas que dans le second, nous les confondrons dans la même description, afin d'éviter des répétitions inutiles, puisqu'elle se présente avec les mêmes symptômes, et qu'elle réclame le même traitement dans les deux cas. Elle a une assez grande tendance à se reproduire lorsqu'elle a une fois attaqué une articulation; mais elle n'est pas susceptible de prendre le caractère intermittent, c'est-à-dire de reparaître à des intervalles réguliers et toujours les mêmes. Rarement elle se développe dans plusieurs articulations à la fois; mais quelquefois après en avoir successivement attaqué plusieurs avec peu d'intensité, elle se fixe dans une d'elles et y fait des progrès rapides ou plus difficiles à arrêter. Ce caractère appartient pourtant plus spécialement aux inflammations des membranes synoviales qu'à celle des cartilages articulaires.

*Causes.* Les causes de l'inflammation des cartilages articulaires sont les mêmes que celles de l'arthrite et de la synovite, nous n'en recommencerons pas ici l'énumération. Cependant nous devons dire qu'elle se développe beaucoup plus souvent chez les sujets scrofuleux ou rhumatisans que chez les autres, et qu'elle apparaît quelquefois alors spontanément. Toutefois elle ne commence ordinairement à se manifester qu'à la suite d'une contusion éprouvée par les cartilages : par exemple, lorsque dans une chute sur la plante des pieds les surfaces articulaires de l'articulation tibio-tarsienne, tibio-fémorale ou coxo-fémorale, se sont trouvées pressées fortement l'une contre l'autre.

*Symptômes.* Le premier symptôme qu'éprouve le malade est ordinairement un sentiment de pesanteur et de faiblesse dans le membre, auquel se joint bientôt une douleur vive, profonde, se faisant principalement sentir pendant les mouvemens de l'articulation, augmentant lorsqu'on presse directement l'une contre l'autre les surfaces articulaires, et à laquelle se joignent, chez quelques sujets, l'anorexie, la soif, la chaleur de la peau et l'accélération du pouls. Jusqu'ici cette douleur peut être confondue avec celle qui résulte de l'inflammation de la membrane synoviale, mais il ne tarde pas à s'y joindre un autre symptôme plus caractéristique, c'est un allongement du membre, proportionné à l'augmentation de l'épaisseur des cartilages enflammés. On distingue alors ce gonflement de celui qui accompagne l'inflammation des extrémités articulaires des os, à ce que, dans ce dernier cas, l'os est gonflé, tandis qu'il conserve son volume quand le cartilage seul est enflammé. Ainsi, douleur fixe, augmentant par les mouvemens et par la pression, avec allongement du

membre, sans gonflement de l'os, tels sont, en résumé, les symptômes de l'inflammation des cartilages articulaires à la première période.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Pour peu que cette maladie ait un certain degré d'intensité, il est rare qu'elle se termine par résolution lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, surtout chez les sujets scrofuleux. Quelquefois cependant cette heureuse terminaison peut arriver. Quelquefois aussi, mais ces cas sont extrêmement rares, la maladie se termine par une sorte d'induration des cartilages : les articulations conservent la faculté de se mouvoir, mais les mouvemens sont alors accompagnés d'un bruit particulier, analogue à celui que produisent deux corps durs et bien polis, comme l'ivoire, par exemple, lorsqu'ils frottent l'un contre l'autre. Le plus ordinairement, l'affection des cartilages s'étend à la membrane synoviale et aux organes fibreux qui assujettissent l'articulation. Aux symptômes ci-dessus indiqués, se joignent ceux de l'ostéite chronique et de la synovite, avec ou sans accumulation de liquide. Quel que soit le mode d'articulation, les os n'étant plus retenus que par des liens relâchés, tendent à s'abandonner, entraînés par leur propre poids ou par l'action des muscles, ou par ces deux causes réunies. Mais c'est surtout dans les articulations diarthrodiales que cet effet est le plus marqué : il arrive un moment où la cavité de réception, entièrement remplie par son cartilage tuméfié, n'offrant plus à la tête qu'elle est destinée à recevoir qu'une surface plane, celle-ci obéit à l'action des muscles ou à une impulsion extérieure, et l'abandonne complètement et pour toujours. Il y a alors *luxation spontanée*. Avant que cet accident soit produit, le malade guérit quelquefois, soit en recouvrant la liberté des mouvemens, soit en conservant une ankylose. Il faut toujours plusieurs mois, quelquefois plusieurs années pour obtenir ce résultat. Nous verrons plus tard, qu'après la production de la luxation, la guérison peut encore s'opérer, toutefois dans les rapports nouveaux où se trouvent les parties de l'articulation luxée, soit qu'il se forme une soudure, soit qu'il s'établisse une fausse articulation. Mais le plus souvent l'affection s'étend des cartilages aux extrémités spongieuses des os, la carie s'empare de ces organes, et les malades finissent par périr dans le marasme. (Voyez *Ostéite articulaire.*)

*Caractères anatomiques.* Dans la première période de la maladie, on trouve les cartilages rouges et gonflés ; lorsque celle-ci s'est terminée par ce que nous avons appelé *induration*, ils sont remplacés par une couche jaune, très-dure, d'apparence demi-vitreuse, parfaitement polie, et présentant des espèces de crêtes, alternant avec des rainures dirigées dans le sens des mouvemens de l'articulation (1), et semblent indiquer une usure réciproque des surfaces articulaires. Lorsque la maladie a continué de faire des progrès, on trouve, suivant l'époque où on l'examine, les cartilages, les ligamens, les muscles qui environnent l'articulation, ramollis, détruits, en suppuration, les os eux-mêmes cariés, et les surfaces articulaires séparées ou détruites, et plongeant dans un vaste foyer purulent.

(1) Cette espèce d'altération très-rare n'a encore, que nous sachions, été observée que dans les articulations ginglymoïdales.

*Traitement.* Le traitement est tout-à-fait conforme à celui de l'*arthrite traumatique* et de l'*arthrocace*. Ne voulant point répéter ici ce que nous avons dit du premier, ni anticiper sur ce que nous avons à dire du second, nous nous bornerons à indiquer que les applications réitérées de sangsues, les cataplasmes émolliens, un régime sévère, tant que la douleur existe ; l'irritation dérivative de la peau ou du tissu cellulaire voisin de la maladie, par le moyen des vésicatoires volans, des sétons ou des moxas, lorsqu'il n'y a plus que l'allongement du membre sans douleur ; moyens auxquels il faut joindre pendant tout le temps du traitement le repos le plus absolu de l'articulation malade, en constituent les principales bases. Nous indiquerons, en parlant de la luxation spontanée, suite de l'inflammation centrale des extrémités articulaires des os, ce qu'il faut faire lorsque cette luxation est opérée.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBRO-CARTILAGINEUX.

### Considérations générales.

Les fibro-cartilages inter-articulaires, tels que ceux des vertèbres, des symphyses du bassin, de la mâchoire inférieure, de la clavicule et du genou, les gaînes tendineuses, la poulie du grand oblique de l'œil, et le ligament annulaire du radius, composent ce système. Bichat y réunissait en outre les cartilages des paupières, du nez, de l'oreille, de l'épiglotte et de la trachée-artère ; mais Meckel (1) et Béclard (2) regardent ces parties comme d'une nature entièrement analogue à celle des cartilages, et nous nous rangeons à leur opinion.

Ces parties tiennent le milieu, pour l'organisation, entre les cartilages et le système fibreux ; elles participent tout à la fois, par conséquent, de la densité et de la résistance du système fibreux, et de l'élasticité des cartilages. Peu de sang les pénètre ; on n'y découvre ni nerfs ni vaisseaux lymphatiques ; enfin elles sont presque insensibles.

Avec une vitalité aussi obscure, des fonctions purement passives, et une situation qui les met à l'abri de presque toutes les causes de maladies, les fibro-cartilages ne doivent être que rarement affectés. C'est, en effet, ce qui a lieu ; on ne connaît que leur inflammation, et elle est extrêmement rare et presque toujours produite par celle des parties avoisinantes. Ils rougissent et se gonflent lorsqu'ils sont atteints par ce mode d'irritation ; mais, en général, ils deviennent peu douloureux ; leur température n'est pas augmentée ; ils provoquent quelquefois la souffrance sympathique de quelques autres organes, mais ils restent impassibles au milieu du désordre de tous les autres

(1) *Ouvrage cité*, tome I, pages 360.
(2) *Élémens d'Anatomie générale*, page 472.

systèmes ; ils suppurent rarement ; la gangrène opérant ses ravages autour d'eux, les altère à peine ; enfin on ne les voit que rarement ulcérés. Leur ossification est assez fréquente ; elle l'est moins que celle des cartilages, mais davantage que celle du système fibreux.

L'inflammation des fibro-cartilages est peu connue ; elle est si rarement primitive, et le diagnostic en est d'ailleurs si difficile, que cela ne doit pas étonner. Il est probable que la maladie connue sous le nom de *mal de Pott* commence quelquefois par les fibro-cartilages inter-vertébraux, et que la *tumeur blanche* du genou ou *arthrocace* débute aussi quelquefois par le fibro-cartilage de cette articulation. Telle est du moins l'opinion de plusieurs médecins, et quelques observations d'anatomie pathologique, dans lesquelles on a trouvé ces tissus ulcérés, en partie détruits au milieu des autres parties articulaires restées saines, tendent à confimer cette opinion. Ces derniers faits prouvent du moins que leur affection peut être primitive ; mais, dans la profondeur où ils sont placés, dans l'absence de symptômes propres qui puissent en faire distinguer la souffrance de celle des parties voisines, puisque la douleur, commune à toutes, en est le seul symptôme local, comment en reconnaître l'inflammation pendant la vie ? Ces difficultés sont grandes ; mais avec l'esprit véritablement analytique qui préside aujourd'hui aux observations médicales et aux recherches anatomico-pathologiques, on parviendra sans doute à les surmonter. M. Velpeau a déjà jeté quelque jour sur l'inflammation des fibro-cartilages du bassin, dans un Mémoire qu'il a lu à l'Académie royale de médecine et fait insérer dans les *Archives générales* (1) ; des recherches ultérieures achèveront sans doute ce que ce médecin a si bien commencé.

### De la fibro-chondrite du bassin.

Nous nommons ainsi l'inflammation des fibro-cartilages du bassin. Tous les auteurs l'ont décrite jusqu'à ce jour, et probablement confondue avec d'autres affections, telles que l'angio-leucite, par exemple (2), sous les noms de *phlegmasie blanche*, *phlegmatia alba dolens*, et principalement sous les dénominations d'*engorgement blanc* et *engorgement des membres abdominaux des femmes en couches*.

*Causes.* On n'a encore observé cette phlegmasie qu'à la suite de l'accouchement. L'écartement et les tiraillemens qu'éprouvent les symphyses sacro-iliaques et pubiennes pendant que l'enfant traverse le bassin, laisse dans ces parties un état de douleur qui les prédispose à contracter l'inflammation, et si, dans cette circonstance, l'accouchée marche trop tôt, elle augmente l'irritation des articulations douloureuses et en détermine la phlegmasie. Il en est encore de même si elle s'expose au froid : l'action de cet agent va nécessairement retentir sur les symphyses déjà irritées, et les enflamme. Peut-être cette phlegmasie se développe-t-elle dans d'autres circonstances et par d'autres causes, mais cela paraît peu probable.

*Symptômes et marche.* Au bout d'un temps plus ou moins long après l'accouchement, une douleur sourde, accompagnée de pesanteur, se fait sentir dans le fond du bassin, et quelquefois à la région pubienne ; le plus léger mouvement l'augmente, des frissons irréguliers se manifestent, la peau s'échauffe et le pouls s'accélère. La douleur devient plus vive ; elle se propage au sacrum, dans les aines et à la partie supérieure de l'une des cuisses. Après quelques jours de durée, cette douleur diminue ; alors l'un des membres abdominaux, ou tous les deux se tuméfient et s'engorgent ; la peau qui les recouvre prend une teinte érysipélateuse par plaques irrégulières et indifféremment disséminées, quelquefois la rougeur suit le trajet d'une veine ou de quelques vaisseaux lymphatiques qui commencent à participer à l'inflammation ; tous les mouvemens des membres affectés sont douloureux, et la douleur retentit surtout dans le bassin ; des abcès se forment dans ces diverses parties, et les malades succombent, soit à la violence des symptômes dans l'état aigu, soit à l'épuisement ou au marasme dans l'état chronique.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de cette phlegmasie est rarement moindre de quinze à vingt jours ; elle se prolonge ordinairement beaucoup au delà de ce terme, quelquefois pendant plusieurs mois. Rarement on la voit se terminer par résolution ; la suppuration des fibro-cartilages, l'extension de l'inflammation aux veines, au tissu cellulaire, aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques des parties voisines, en sont les suites ordinaires, et la mort l'issue fréquente. Le pronostic en est donc toujours grave.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à cette affection, on trouve l'une ou plusieurs des symphyses du bassin relâchées et mobiles, les fibro-cartilages ramollis, noirâtres, suppurés, baignés par un pus brun et souvent fétide, décollés et séparés des os par la matière de la suppuration ; toutes les parties molles sont aussi décollées auprès des articulations malades ; les veines contiennent du pus mêlé au sang ; les vaisseaux lymphatiques en renferment aussi quelquefois ; les ganglions sont augmentés de volume, rouges ou grisâtres, ou blancs, et déjà ramollis à leur centre ; enfin on rencontre des foyers purulens dans le tissu cellulaire du bassin et des membres.

*Traitement.* Le traitement antiphlogistique dans toute son énergie doit être employé dès le début de l'inflammation ; il faut avoir recours aux saignées générales et locales, aux cataplasmes et aux fomentations émollientes et narcotiques, aux bains, à la diète absolue, aux boissons aqueuses et délayantes, et insister sur cette médication tant qu'il reste de la douleur dans la partie ; le repos le plus parfait est indispensable. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut espérer de prévenir la suppuration des articulations affectées, terminaison toujours grave et souvent funeste. Lorsque la résolution s'opère, on entoure avec avantage les membres abdominaux et le bassin avec de la flanelle ; on pratique quelques douces frictions sur ces parties, et sur la fin même

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, tome. VI, pag. 22 et suiv.

(2) Voyez *Angio-leucite*, tom. I.

on les recouvre de fomentations aromatiques. On peut aussi seconder l'effet de ces derniers moyens par quelques sudorifiques ou diurétiques; mais lorsque la maladie est passée à l'état chronique, et qu'il existe des foyers purulens, il faut donner issue à la matière de ces foyers, et établir des cautères ou des sétons aux environs des articulations affectées.

## INFLAMMATIONS DU SYSTÈME OSSEUX.

### Considérations générales.

Destinés à servir de leviers dans les grands mouvemens des animaux (os longs), ou à protéger les organes contre les agens extérieurs (os plats), ou à donner de la solidité à certaines parties qui avaient besoin de réunir cette qualité à la mobilité (os courts), les os ont été appelés avec raison, dans leur ensemble, la charpente du corps humain. Ils sont formés par un tissu fibreux particulier, que l'ébullition réduit en gélatine, traversé par quelques vaisseaux sanguins, et dans les aréoles duquel sont déposés des sels calcaires. C'est à la présence de cette matière inorganique qu'il doivent le poids, la solidité, la dureté, la résistance, et en même temps le défaut d'irritabilité dans l'état sain qui leur sont propres. Leur organisation tient donc, pour ainsi dire, le milieu entre les corps vivans et les corps bruts, et la vitalité y est en rapport parfait avec ce mode de composition, car elle y est obscure, les irritations y sont lentes, chroniques et souvent indolores; et ce qui achève de rendre ce rapport exact, c'est que ces irritations sont plus rapides, plus aiguës et plus douloureuses chez les enfans que chez les vieillards, parce que les os des premiers contiennent proportionnellement plus de matière animale, et ceux des seconds plus de substance inorganique.

Cependant les os sont susceptibles de s'enflammer. Ainsi, on regarde généralement comme inflammatoires les phénomènes qui se passent dans les deux bouts d'un os fracturé. C'est avec raison, sans doute, puisqu'on y observe du gonflement, de la rougeur, un peu de douleur, et qu'il est très-probable que la chaleur y est un peu augmentée. C'est aussi par une véritable inflammation des extrémités articulaires des os, que certaines *tumeurs blanches* commencent; telles sont celles que Nep. Rust, Paletta et Brodie ont décrites. D'ailleurs, quel que soit le tissu par lequel ces phlegmasies aient débuté, il arrive quelquefois que toute la masse qui constitue la tumeur s'enflamme violemment, et il est ordinaire alors que les extrémités articulaires des os participent à l'inflammation; mais hors ces cas, on n'observe pas l'inflammation aiguë des os. Leur inflammation chronique est, au contraire, assez fréquente. Cette différence s'explique aisément par la seule considération de la nature moitié organique et moitié inorganique du tissu osseux.

Toutes les inflammations des os marchent avec une lenteur remarquable et se prolongent indéfiniment. Cette lenteur et cette longue durée sont des effets nécessaires du peu d'activité avec laquelle s'exécutent les actes de composition et de décomposition dans ce système, parce que c'est toujours en vertu des mêmes lois que les actions organiques s'exercent, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie. Il faut attribuer à la même cause cette absence presque totale de phénomènes sympathiques dans les inflammations des os. Une autre cause y contribue cependant, c'est leur isolement au milieu du *consensus* de toutes les autres parties de l'économie. Il en résulte, qu'impassibles au milieu des inflammations les plus violentes des autres systèmes, ils ne peuvent associer à leur tour ceux-ci à leur souffrance, quelque vive qu'elle soit; ils s'enflamment et se désorganisent sans exercer la moindre influence sur l'individu, et ce n'est que quand l'irritation se communique aux parties environnantes et lorsqu'une suppuration abondante existe depuis quelque temps, que les sympathies sont mises en jeu, et que le danger commence. Aussi, les agens thérapeutiques les plus énergiques n'ont-ils qu'une influence bornée et peu puissante sur de telles affections, et l'on n'obtient de bons résultats de leur emploi qu'après les avoir fait agir long-temps et d'une manière continue.

Le système médullaire ne peut pas être séparé, dans l'étude, du système osseux; il n'en est d'ailleurs qu'une dépendance, et n'est probablement jamais affecté sans lui. Il se compose d'une membrane ou plutôt d'un réseau vasculaire, soutenu par une petite quantité de tissu cellulaire, tapissant la cavité intérieure des os longs, et contenant la moelle. Ses usages paraissent être au dedans, ceux du périoste au dehors, c'est-à-dire de contenir les vaisseaux de nutrition. L'anatomie n'y démontre la présence d'aucun nerf; cependant la membrane est très-sensible. On connaît à peine les affections de ce système, trop bien protégé contre les actions extérieures, et ayant une existence trop isolée de celle des autres organes, pour devenir le siége fréquent de maladies. Bichat regarde comme très-probable que la membrane médullaire est affectée dans les douleurs de la syphilis; nous partageons cette opinion. Mais une maladie qui lui est bien évidemment propre, c'est le *spina-ventosa;* car souvent le tissu propre de l'os est sain et n'est que dilaté dans cette affection, tandis que la membrane est constamment altérée. Plusieurs praticiens pensent que les douleurs ostéocopes et les nécroses intérieures peuvent être rapportées à l'inflammation de la membrane médullaire.

### De l'ostéite.

Cette maladie est aiguë ou chronique; mais lors même qu'elle affecte le premier de ces modes, elle est si lente dans sa marche qu'elle paraît toujours chronique, si on la compare à l'inflammation des autres tissus. Au reste, cette distinction est ici peu importante; car l'inflammation aiguë du tissu osseux ne diffère de celle qui est chronique que par le temps moins considérable qu'elle met à arriver à une terminaison quelconque : les mêmes causes les produisent, elles tendent au même résultat, et le même traitement leur est applicable; aussi les confondrons-nous dans une seule et même description, nous bornant à dire ici, une fois pour toutes, que l'ostéite aiguë arrive à une termi-

naison dans l'espace de deux à trois mois, tandis qu'il faut des années pour que cette maladie se termine quand elle est à l'état chronique.

L'inflammation peut attaquer tous les os. Cependant elle se manifeste plus fréquemment dans les os superficiels que dans les os profonds, dans ceux qui sont spongieux que dans ceux qui sont compactes. Les os courts du carpe et du tarse, le corps des vertèbres, les extrémités articulaires des os longs, tels sont les lieux où on l'observe le plus fréquemment. Elle envahit rarement la totalité d'un os, à moins qu'il ne soit d'un très-petit volume; quelquefois elle commence par la surface, d'autres fois, au contraire, elle naît du centre même du tissu de l'organe. Elle est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes.

*Causes.* L'action de toutes les causes physiques externes, comme les plaies, les contusions, etc., peut enflammer le tissu des os; mais le plus souvent leur inflammation est indépendante de toute cause externe. La disposition scrofuleuse, l'infection vénérienne invétérée, le scorbut, la diathèse cancéreuse, l'arthrite, la rétrocession des exanthèmes cutanés aigus ou chroniques, l'épuisement général dépendant des excès de la masturbation ou de l'inflammation chronique d'un viscère important, sont les causes qui y donnent le plus fréquemment lieu. Assez souvent elle est consécutive à l'inflammation, et surtout à la suppuration des tissus fibreux, synoviaux ou cartilagineux, qui sont en rapport immédiat avec les os.

*Symptômes.* Lorsque l'inflammation attaque un os superficiel, elle est facile à reconnaître au gonflement, tantôt général, tantôt borné à un point de la longueur de l'os, mais affectant toute son épaisseur, tantôt enfin s'élevant de sa surface et formant une tumeur circonscrite qui fait corps avec lui. Ce gonflement est ordinairement précédé et accompagné d'un sentiment de pesanteur dans la partie, et d'une douleur obtuse qui se développe surtout lorsque le membre éprouve quelque commotion, ce qui dépend probablement de ce que la membrane médullaire participe à l'irritation du tissu même de l'os. Lorsque la maladie dépend d'une cause vénérienne, ces douleurs sont vives, profondes, elles occupent le centre de l'os (*douleurs ostéocopes*), et elles ont pour caractère particulier d'être beaucoup plus fortes la nuit que le jour. Dans les autres cas, elles ne deviennent vives en général, que lorsque l'inflammation s'étend par contiguité aux tissus environnans, ou lorsque la maladie de l'os est consécutive à celle de ces tissus. C'est en général aussi dans ces cas que le cœur et l'estomac participent quelquefois à l'irritation locale. On distingue la tuméfaction due au gonflement de l'os, de celle qui dépend du gonflement du périoste, à sa dureté et à la lenteur avec laquelle elle se développe; mais lorsque c'est un os profondément situé qui est affecté, ce n'est plus qu'au gonflement et à la pesanteur du membre, ainsi qu'aux douleurs obtuses et profondes qui s'y font sentir, qu'on peut reconnaître la maladie, et la lenteur de sa marche peut seule la faire distinguer de la périostite.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de la maladie n'est pas exactement la même dans tous les os, dans tous les points d'un même os, et qu'elle que soit la cause qui l'ait produite. Lorsqu'elle attaque un sujet scrofuleux ou affecté de syphilis, elle commence ordinairement dans l'épaisseur même du tissu de l'os; dans le premier cas, elle attaque les os courts ou les extrémités spongieuses des os longs, et le gonflement qui survient est assez rapide; dans le second, elle attaque de préférence le tissu compacte des os; le gonflement affectant les diverses formes qui ont été indiquées peut devenir considérable; mais en général il se développe avec une grande lenteur.

Lorsqu'elle est consécutive à l'inflammation des ligamens, des cartilages ou des capsules articulaires, dépendant elle-même de l'arthrite goutteuse ou rhumatismale, de la rétrocession de quelque exanthème cutané, elle attaque la superficie des extrémités spongieuses des os; quand elle provient d'une périostite, ou qu'elle accompagne le *scorbut*, etc., elle se développe à la surface du tissu compacte, et, dans l'un et l'autre de ces cas, le gonflement de l'os est peu considérable et même quelquefois nul. Dans tous les cas, la marche est lente, et la durée de la maladie fort considérable, surtout lorsqu'elle ne se termine pas par résolution.

L'inflammation des os peut se terminer par résolution, par induration, par suppuration, et par la mortification du tissu affecté.

En général, lorsque le développement de la maladie a été rapide, on peut reconnaître qu'elle se termine par résolution, et à la cessation de la douleur lorsqu'il en existait, et aussi à la diminution du gonflement, qui s'opère d'une manière lente et graduée. Mais quand la marche de la maladie a été extrêmement lente, souvent la tuméfaction persiste, et comme il n'y a pas toujours de douleur, on manque des signes fournis par la disparition de ce symptôme. Cependant, en général, le gonflement diminue, s'il ne disparaît pas complètement; la partie devient plus légère, et elle recouvre une liberté de mouvemens et de fonctions qu'elle n'a pas lors même que la maladie dans son cours ne présente pour symptôme que le gonflement de l'os, et n'est pas accompagnée de douleur. Mais dans ce cas ce n'est qu'après un temps assez long qu'on peut prononcer avec certitude.

La disparition de la douleur, et le recouvrement de la liberté d'action des muscles, à moins que la tumeur formée par l'os ne soit assez considérable pour les dévier, accompagnent aussi la terminaison de l'inflammation du tissu osseux par induration; mais dans ce cas la maladie a suivi une marche beaucoup plus longue, le gonflement persiste en entier ou ne diminue que très-peu, et la partie reste d'une pesanteur incommode, qui en gêne plus ou moins les mouvemens pour peu qu'il ait d'étendue. Ce mode de terminaison se fait plus spécialement remarquer à la suite des inflammations syphilitiques qui affectent les points des os superficiels où existe le tissu compacte, surtout s'il s'est formé une tumeur distincte du corps de l'os.

La terminaison de l'inflammation par suppuration a reçu le nom de *carie*. Elle est assez fréquente.

On l'observe plus particulièrement à la suite des inflammations qui attaquent les os courts ou les parties spongieuses des os longs; en général, quand elle attaque le tissu compacte des os, elle est la suite de l'extension à ce tissu de l'inflammation et de la suppuration des tissus qui l'avoisinent au dehors ou au dedans, et elle n'est précédée que par un gonflement très-peu considérable de l'os. La carie est toujours précédée de douleurs plus ou moins vives et fixées dans le point de l'os qui est attaqué ou gonflé. Si l'os est très-superficiellement placé, il se forme bientôt sur le point affecté une tumeur d'un volume médiocre, qui tient à l'os, et s'étend par des progrès lents aux parties molles environnantes. La peau, d'abord saine et mobile, devient adhérente, s'épaissit, prend une teinte bleuâtre, et se détruit enfin pour faire place à un ulcère, dont le fond est formé par des chairs fongueuses et livides, adhérentes à l'os malade, et qui fournissent une suppuration sanieuse d'une fétidité particulière. Un stylet introduit à travers ces chairs pénètre jusque dans la substance de l'os, qui se laisse traverser, soit à la manière des fongus, soit en faisant éprouver la sensation d'une multitude de petites fractures, produites par l'extrémité du stylet; c'est là le signe pathognomonique de la carie. Lorsque l'os, sans être profondément situé, est moins superficiel que nous ne l'avons supposé dans le cas précédent, la marche de la maladie est à peu près la même, seulement la rupture de la peau est précédée par la formation d'une tumeur molle et fluctuante dans tous ses points, qui la soulève long-temps avant qu'elle ne s'enflamme et ne se perfore; l'ouverture qui s'y forme est étroite, ses bords se boursouflent et prennent l'apparence d'une petite fongosité percée à son centre d'une ouverture qui conduit le stylet jusqu'à l'os, à travers un trajet plus ou moins long. (Voyez *Fistules*.)

Quand l'os affecté a un siége très-profond, les phénomènes qui s'y passent sont les mêmes que dans le cas précédent; mais le pus ne se fait jour qu'après avoir formé ce qu'on a appelé un *abcès par congestion*. Dans ces cas, le pus fourni par l'os carié n'enflamme pas comme à la suite d'un phlegmon les parties molles voisines pour se faire jour à travers leur tissu, en prenant la voie la plus droite et la plus courte, il fuse au contraire dans les interstices cellulaires en suivant ordinairement le trajet des gros vaisseaux, et vient soulever la peau dans un point déclive, quelquefois très-éloigné de celui où il prend sa source. La tumeur qu'il forme est molle et fluctuante dès le moment où elle apparaît; elle s'accroît lentement pendant plusieurs mois, et acquiert souvent un volume considérable avant que la peau qui la recouvre s'enflamme et se perfore, caractères qui la distinguent de tous les autres abcès, où l'engorgement des parties et l'inflammation précèdent toujours la fluctuation. Lorsque l'ouverture est très-large, ses bords sont livides, amincis et décollés, et elle persiste : quand elle est étroite, elle prend les caractères des orifices fistuleux (voyez *Fistules*), ou elle se renferme quand le foyer est évacué, et s'entr'ouvre de temps à autre, à mesure qu'il se trouve de nouveau rempli. Dans les cas tels que celui que nous venons de décrire, on ne peut pas acquérir par l'introduction du stylet le signe que nous avons dit être pathognomonique de la carie; mais l'existence de douleurs fixes long-temps avant la formation de l'abcès, dans un os de structure favorable à la production de la carie, et situé de façon à pouvoir servir de source à la collection, ceux de l'ouverture spontanée par laquelle elle s'évacue, peuvent établir une forte présomption, qui se changera en certitude par l'étude de la marche ultérieure de la maladie. Quel que soit en effet le siége de la carie, le pus qui s'écoule est plus abondant que ne le comporte l'étendue de l'ulcère ou celle de la fistule qui le fournit, il acquiert bientôt une fétidité particulière, teint souvent en noir les pièces d'appareil qu'il imprègne, surtout lorsqu'il entre du plomb dans leur composition, et il entraîne de temps à autre de petites parcelles d'os nécrosées. Ce signe ne permet plus aucun doute.

Lorsque la carie est l'effet de l'extension au tissu de l'os de l'inflammation d'un organe contigu ou continu, elle offre quelques différences dans sa marche. L'inflammation attaquant d'abord des tissus où les mouvemens organiques sont plus rapides, suit une marche plus aiguë, les symptômes qui l'accompagnent masquent souvent ceux qui annoncent l'affection du tissu osseux : souvent aussi ce tissu ne commence à s'altérer que long-temps après que l'inflammation des autres parties est passée à la suppuration, et ce n'est qu'au changement qui s'opère dans la nature du pus qu'on s'aperçoit de l'existence de la carie. Dans la plupart de ces cas, le gonflement de l'os est très-peu considérable, la carie est bornée à la superficie, et le stylet introduit fait reconnaître que sa surface est rugueuse et inégale, mais il ne pénètre pas dans sa substance.

Quelquefois la carie guérit spontanément; on voit alors la suppuration diminuer, et le pus perdre sa fétidité et sa ténuité, pour prendre les caractères d'un pus de bonne nature; peu à peu les fistules se ferment, et le malade se trouve complètement guéri, en conservant ordinairement l'os plus volumineux, et, si la maladie avait son siége dans une articulation, une ankylose. Cette terminaison heureuse se fait surtout remarquer chez les sujets scrofuleux, mais encore forts, au moment où ils passent de l'enfance à la puberté. D'autres fois on voit, surtout lorsque la carie est vénérienne, toute la portion d'os affectée se mortifier, un cercle inflammatoire se former autour d'elle, et tracer les limites entre les parties saines et celles qui sont mortes, et qui se détachent sous forme d'une forte esquille (voyez *Nécrose*) à la manière des escharres des parties molles; après quoi la cicatrisation s'opère, et le malade se trouve guéri comme dans le cas précédent; mais ces exemples heureux de guérison ne s'observent que sur les sujets jeunes et vigoureux, encore sont-ils extrêmement rares, et se font-ils très-long-temps attendre. Après ceux-ci, les cas les plus heureux et les plus rares sont ceux où la maladie ayant peu d'étendue, reste stationnaire et fournit une suppuration intarissable, mais assez peu abondante pour ne point altérer la santé générale du malade.

Le plus souvent la maladie s'accroît, si elle dépend d'une de ces causes qui portent leur influence sur toute l'économie; elle s'étend de proche en proche, de l'os affecté à ceux qui lui sont contigus, ou bien elle envahit les os semblables qui occupent la partie du corps correspondante à celle où l'os primitivement affecté a son siége; le pus s'altère de plus en plus, le malade s'affaiblit, et succombe dans l'épuisement et le marasme.

D'après ce qui vient d'être exposé, il est facile de voir que la carie qui affecte les jeunes sujets est en général moins fâcheuse que celle qui se déclare chez les adultes et chez les vieillards. Il en est de même de celle qui attaque le tissu compacte des os, par rapport à celle qui se développe dans le tissu spongieux, parce que, dans le premier cas, elle se transforme plus facilement en nécrose. La carie d'un os profondément situé est plus grave que celle d'un os que les instrumens de la chirurgie peuvent facilement atteindre. Celle qui dépend d'une cause locale est plus facile à détruire que celle qui dépend d'une cause générale; et parmi celles qui sont le résultat d'une cause générale, les moins dangereuses sont celles qui sont produites par une cause de nature à être détruite par un agent spécifique; c'est ainsi que la carie vénérienne est moins dangereuse que la carie scrofuleuse. Dans tous les cas, la carie est une maladie grave.

Lorsqu'on examine un os affecté d'inflammation, on trouve son tissu gonflé, quelquefois ramolli, et toujours gorgé par un sang noir qui s'échappe par une espèce de transudation des points où on le met à nu, ou de ceux où l'on opère quelque solution de continuité. Ordinairement aussi, le périoste et la membrane médullaire sont épaissis, injectés, et même, si la maladie est ancienne, dans quelques cas ossifiés; les muscles environnans participent souvent eux-mêmes à l'inflammation, et parfois sont aussi passés en partie, à l'état d'ossification; mais ces cas sont rares lorsqu'il ne s'agit que d'une inflammation spontanée des os; ils sont beaucoup plus communs à la suite de l'inflammation produite par les solutions de continuité. La tumeur que forme l'os malade constitue une *hypérostose*, lorsqu'elle envahit la totalité de l'épaisseur de l'organe, et une *exostose*, lorsqu'elle se détache d'un point de sa surface. Le plus souvent l'hypérostose n'occupe qu'un point de la longueur de l'os, surtout quand elle affecte un os long, comme cela est le plus ordinaire; celui-ci paraît alors comme *renflé* dans le lieu affecté, la saillie de la tumeur se confondant insensiblement avec la surface de la partie de l'os qui est restée saine. D'autres fois l'organe est gonflé dans toute son étendue, excepté toutefois les surfaces par lesquelles il s'articule avec les os voisins, lesquelles conservent ordinairement leurs dimensions et leurs rapports naturels. Quand on scie dans le sens de sa longueur un os long enflammé depuis long-temps, on voit que les parois du canal médullaire ont acquis une épaisseur qui est quelquefois de plus d'un pouce; il n'est pas rare de trouver alors ce canal entièrement oblitéré. L'exostose affecte des formes très-variées; tantôt elle a une large base, une surface lisse, et s'élève insensiblement en forme de mamelon de l'os qui lui donne naissance; tantôt sa surface est rugueuse, quelquefois elle est comme hérissée d'aiguilles osseuses; d'autrefois elle est elle-même aiguë et stalactiforme; d'autres fois enfin, quoiqu'elle soit d'un assez gros volume, elle ne tient au reste de l'os que par un pédicule étroit. Lorsqu'on examine l'intérieur d'une exostose encore à l'état d'inflammation, on y trouve la substance osseuse raréfiée et gorgée de sang; quelquefois aussi une lame osseuse divariquée forme une espèce de bulle qu'on trouve remplie par une substance charnue et fongueuse.

Lorsque l'inflammation s'est terminée par résolution, on trouve dans quelques cas le tissu de l'os tout-à-fait revenu à ses caractères naturels; mais le plus souvent, quel que soit le temps écoulé depuis la cessation des symptômes inflammatoires, ce gonflement n'a pas entièrement disparu. La substance de l'os paraît alors comme boursouflée, le tissu compacte est devenu poreux, le tissu spongieux présente de larges cellules vides ou remplies par des liquides diversement colorés, et séparées par des lames minces: lorsque cette disposition se rencontre dans une exostose, elle prend le nom d'exostose laminée. On rencontre aussi quelques exostoses entièrement creuses, et formant une espèce de coque remplie par une fongosité. Cette espèce est encore peu connue, peut-être n'est-elle qu'une variété du *spina ventosa*. Jusqu'ici les caractères anatomiques sont à peu près les mêmes que ceux de l'inflammation des os; mais il en est un qui suffit pour faire distinguer ces cas l'un de l'autre, c'est que, dans tous ceux où l'inflammation est terminée, l'injection sanguine a complètement disparu.

Quand l'inflammation s'est terminée par induration, l'injection des vaisseaux a également cessé, le gonflement seul a persisté, et le tissu gonflé de l'os a pris des caractères particuliers: tous les points malades se sont transformés en tissu compacte. Les exostoses où cette disposition se présente prennent le nom d'exostoses *éburnées*; elles sont dures, solides, et leur coupe présente une substance homogène, semblable à l'ivoire. Les hypérostoses offrent les mêmes caractères. Enfin, on rencontre quelquefois des exostoses ou des hypérostoses mixtes, qui sont éburnées dans un point et laminées dans un autre.

La maladie s'est-elle terminée par la suppuration, si elle a commencé par le centre d'un os spongieux, on voit, dans certains cas, que toute la partie affectée de carie est transformée en une substance rougeâtre, grisâtre et mollasse, ou lardacée, au milieu de laquelle on trouve une multitude de lamelles osseuses détachées; d'autres fois la substance de l'os est sèche, friable, creusée par une large cavité dont les parois sont rugueuses et grisâtres, ou noirâtres. Si, au contraire, la maladie a commencé par la surface de l'os comme lorsqu'elle est le résultat de l'inflammation d'un tissu voisin, si surtout elle attaque un os compacte, on trouve que la surface de l'os est rugueuse, inégale et comme corrodée. Dans tous ces cas, les tissus qui avoisinent la carie, de quelque nature qu'ils soient, sont transformés en fongosités mollasses, grisâtres, et lardacées, qui forment la paroi profonde du foyer dans lequel le pus fourni par l'os s'épanche immédiatement.

Lorsque celui-ci s'est fait jour à l'extérieur, on trouve entre lui et les ouvertures spontanées qui se sont faites, des conduits tapissés d'un tissu analogue à celui des membranes muqueuses, et organisés à la manière des conduits fistuleux.

Enfin, lorsque la maladie s'est terminée par la mort ou *nécrose* de l'os, on trouve des portions plus ou moins considérables de celui-ci complètement isolées des parties molles, et entièrement détachées ou séparées du reste du tissu de l'organe, par un cercle de vaisseaux injectés qui indique la limite des parties mortes et des parties qui ont continué de vivre. (Voyez *Nécrose.*)

*Traitement.* La première chose dont on doit s'occuper avant de procéder au traitement de l'inflammation des os est de rechercher si elle ne tient pas à quelque cause qu'on puisse détruire par un traitement interne. Lorsque les symptômes inflammatoires sont modérés, il faut se borner à détruire cette cause par les moyens appropriés (Voyez *Syphilis*, *Scorbut*, *Scrofules*, etc.). Mais lorsque l'inflammation est forte, on doit combiner ces moyens avec les saignées locales, les bains, les applications émollientes, ou même narcotiques si les douleurs sont très-vives, et le repos de la partie. Ces derniers moyens sont les seuls qu'on doive employer lorsque la maladie est simple et purement locale. Nous avons même fait cesser plus d'une fois des douleurs nocturnes très-aiguës, se faisant sentir dans des exostoses syphilitiques, par de simples applications de sangsues. Il faut savoir seulement, qu'en raison de la lenteur des mouvemens organiques dans le tissu osseux, on doit employer ces moyens pendant un temps beaucoup plus long pour en obtenir quelque effet, que lorsqu'il s'agit d'un engorgement inflammatoire, même chronique, des parties molles. Il faut même remplacer souvent par ses succédanés, le remède qu'on emploie depuis assez long-temps pour que son efficacité soit en quelque sorte épuisée; c'est ainsi qu'après avoir donné le mercure sous plusieurs formes pendant long-temps, on lui substitue avec avantage les sudorifiques, dont on rend les solutions alcalines par l'addition de quelques grains de potasse ou de soude(1).

Lorsque tous les signes d'inflammation ont disparu depuis long-temps, que le gonflement persiste en tout ou en partie, qu'en un mot la maladie s'est terminée par résolution avec persistance d'une partie du gonflement, ou par induration, et que le traitement indiqué par la nature de la maladie a été administré pendant assez long-temps pour qu'on ne puisse plus rien en attendre, on peut essayer d'obtenir la résolution des hypérostoses et des exostoses par l'usage des remèdes dits *fondans*, tels que les frictions mercurielles, l'application des emplâtres *de vigo cum mercurio*, de diachylum gommé, de savon, de l'emplâtre diabotanum, les bains alcalins ou hydrosulfurés, les douches de même nature, les linimens ammoniacaux, les rubéfians, les épispastiques, etc.; mais on ne doit les employer qu'avec réserve, parce que leur action irritante peut dans certains cas réveiller l'inflammation assoupie, et avec défiance, parce que le plus souvent ils n'aggravent ni ne soulagent la maladie, et que la tumeur osseuse persiste. Si c'est une hypérostose, l'art ne peut rien contre elle, à moins qu'elle n'occupe une partie où elle est très-incommode, et dont l'ablation ne compromet pas la vie du sujet, comme cela s'observe quelquefois aux doigts, par exemple; si, au contraire, c'est une exostose, elle peut être détruite par les procédés de la chirurgie; mais comme l'opération par laquelle on atteint ce but est souvent longue, laborieuse, et qu'alors elle provoque une inflammation vive dans la partie, on ne doit l'entreprendre que lorsque les incommodités qui résultent de la présence de l'exostose sont assez grandes pour la rendre nécessaire.

La forme, le volume et le siége de la tumeur font varier le procédé; si elle est petite, superficielle et soutenue par un pédicule étroit, il suffit de la découvrir par une incision qui divise la peau et les tissus qui l'enveloppent, et de la retrancher à l'aide de tenailles incisives appliquées sur son pédicule. Si la tumeur est d'un certain volume et supportée par un pédicule rétréci en forme de collet, il faut, 1° la découvrir en faisant aux tégumens une incision cruciale, ou si de cette manière on préjuge qu'il restera trop de peau, inciser circulairement celle-ci sur le corps même de la tumeur et à une distance suffisante de sa base, afin de ménager des lambeaux assez grands pour recouvrir la surface d'où elle tire son origine; 2° détacher les lambeaux; 3° inciser circulairement le périoste sur le pédicule de la tumeur; 4° retrancher celle-ci, en appliquant sur sa base une scie que l'on fait mouvoir parallèlement à la surface de l'os, ou en se servant d'une gouge et d'un maillet. Enfin, lorsque l'exostose a une très-large base, comme dans ces cas elle est ordinairement très-dure et qu'il serait fort difficile de la détacher d'une seule pièce, il faut, après qu'on l'a mise à découvert, commencer par la diviser en plusieurs parties au moyen de plusieurs traits de scie, dirigés de son sommet vers sa base, et qui se croisent dans divers sens; ce premier temps de l'opération étant terminé, on applique à plat la scie sur la base de la tumeur, et l'on peut facilement détacher sucessivement chacune des parties en lesquelles on l'a divisée, en même temps qu'on donne à la coupe générale la direction de la surface d'où la production osseuse s'élève. On peut aussi se servir de la gouge et du maillet, et l'on est même obligé d'y recourir toutes les fois que l'os qui donne naissance à l'exostose est situé à une certaine profondeur, parce qu'alors la scie ne peut agir qu'avec difficulté. Mais ces instrumens ont l'inconvénient de produire des ébranlemens qui ne sont pas toujours sans danger, lors même que, comme cela est de règle, on présente le tranchant du ciseau obliquement aux parties qu'il doit diviser, et l'on doit leur préférer la scie toutes les fois qu'on peut s'en servir. Quel que soit le procédé qu'on ait été obligé de mettre en usage, si la surface de la section faite à l'os paraît saine, il faut réappliquer immédiatement les lambeaux de peau qu'on a ménagés, et chercher à obtenir la réunion par *adhésion immédiate* (voyez *Lésions de continuité*). Si au contraire la surface de l'os présente un mauvais aspect, si elle donne nais-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tom. III,

sance à des chairs fongueuses, ou si elle paraît altérée d'une manière quelconque, il ne faut pas balancer à détruire par le cautère actuel tout ce qui paraît malade. Mais comme l'application du feu produit nécessairement des escharres, soit dans les parties molles, soit dans les os, et que les points nécrosés mettent un temps très-long à se détacher, on doit alors panser la plaie comme une plaie qui doit suppurer ( voyez *Lésions de continuité* ), et le malade est mis au régime des opérés ou des blessés.

Le traitement interne uni aux antiphlogistiques locaux, lorsque la maladie dépend d'une modification générale quelconque de la constitution du sujet, les antiphlogistiques seuls lorsqu'elle est tout-à-fait simple et locale, suffisent dans beaucoup de cas pour arrêter les progrès de l'ostéite, et pour prévenir sa terminaison par suppuration. Mais il est très-rare que l'on soit appelé à temps pour prévenir un semblable résultat, parce que les malades attendent ordinairement pour réclamer les secours de l'art, qu'ils y soient forcés par la gêne ou la douleur qui accompagnent le gonflement ou l'inflammation des parties molles voisines de l'os, et la formation des abcès.

Lorsque la carie existe déjà au moment où l'on et appelé près d'un malade, il faut sans retard s'occuper à reconnaître qu'elle en est la cause, afin de la combattre par un traitement intérieur, s'il y a lieu.

Ce n'est, en général, qu'après que la disposition dont la carie n'est qu'un effet, est détruite, qu'on doit s'occuper du traitement local, à moins qu'il n'y ait quelques symptômes de surexcitation qu'il soit nécessaire de combattre par les antiphlogistiques.

Les indications locales se tirent de plusieurs sources : 1° des abcès ; 2° de la carie elle-même.

Le surcroît d'activité qui se manifeste dans la marche de la maladie, la fétidité que contracte le pus, les douleurs, les accidens colliquatifs, qui se déclarent ordinairement peu de temps après l'ouverture des abcès par congestion, et qui dépendent ordinairement de l'action de l'air sur les parois du foyer, sembleraient devoir faire penser qu'il y aurait de l'avantage à retarder cette ouverture le plus possible. Cependant lorsque l'on considère que ces accidens sont proportionnés à l'étendue des parois du foyer et à celle de la carie, on est bientôt conduit à l'opinion contraire, c'est-à dire, qu'il faut ouvrir les abcès qui sont produits par le pus provenant d'une carie, le plus tôt possible. C'est au professeur Boyer qu'on doit ce précepte important, et l'expérience en confirme tous les jours la bonté. Tant que la cause de la maladie n'est pas détruite, il faut se borner à évacuer le liquide renfermé dans le foyer, chaque fois que la fluctuation se fait sentir, en pratiquant à sa partie la plus déclive une simple ponction. Le liquide écoulé, on applique sur la petite plaie un emplâtre de diachylum gommé qui s'oppose à l'introduction de l'air, jusqu'à ce que la réunion de ses lèvres soit opérée. Cette pratique est la seule qui convienne à toutes les époques de la maladie, lorsque celle-ci a un siége très-profond qui la rend inaccessible aux instrumens, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et que cette cause soit détruite ou non. Dans ce cas, on n'a d'autres ressources que le traitement interne, l'évacuation réitérée du pus, les obstacles qu'on apporte à l'introduction de l'air dans les foyers, et l'irritation dérivative de la peau ou du tissu cellulaire voisin par les rubéfians, les vésicans, les escharrotiques ou les sétons. M. Larrey attend pour ouvrir les abcès par congestion qu'une phlyctène annonçant leur rupture prochaine et spontanée se soit formée sur le sommet de la tumeur. Il y plonge un carrelet rougi au feu. Après l'écoulement du pus, le contour de l'ouverture irrité par l'action du fer rouge, se gonfle, l'introduction de l'air est empêchée et la plaie se cicatrise. Cette pratique, employée comme méthode générale, est moins bonne que celle du professeur Boyer, parce que celle-ci ne permet pas au foyer de prendre une grande extension. La méthode de M. Larrey est au contraire préférable lorsqu'on a attendu trop long-temps, et que le foyer est prêt à s'ouvrir, parce qu'alors la peau est amincie, et que l'action du feu la dispose mieux à se cicatriser qu'une simple division par l'instrument tranchant.

Mais, lorsque la maladie est à la fois simple et superficielle, ou devenue tout-à-fait locale parce que la cause en est détruite, il faut alors ouvrir largement les parois du foyer, afin d'appliquer sur la carie les remèdes locaux propres à la combattre. Les bains alcalins, les douches d'eau ferrugineuse, alcaline, savonneuse, hydro-sulfureuse ; celles de vapeurs simples ou aromatiques ; les huiles essentielles, la térébenthine, les teintures d'euphorbe, de myrrhe, d'aloès, tels sont les plus doux de ces moyens. Tous sont irritans et ne doivent être employés que lorsque toute apparence de surexcitation des parties est détruite ; car ils pourraient réveiller l'inflammation locale, et produire sympathiquement des irritations intérieures plus ou moins funestes. Toutefois, lors même qu'ils sont employés dans les circonstances les plus favorables en apparence, il ne faut pas trop compter sur leur efficacité. Dans beaucoup de cas, leur effet salutaire se borne à arrêter les progrès du mal ; dans quelques autres, ils restent tout-à-fait inefficaces.

Il faut recourir à des moyens plus douloureux, mais plus énergiques et plus sûrs ; la cautérisation de l'os est celui qu'il faut alors mettre en usage. On a employé à cet effet les acides minéraux et les alcalis purs ; on a cru aussi qu'en employant l'acide hydro-chlorique, on pourrait isoler, par une véritable opération chimique, le parenchyme de l'os afin d'agir ensuite sur lui avec plus d'efficacité. Mais les premiers de ces moyens agissent lentement, et il est difficile de régler convenablement leur action ; le dernier n'a pas confirmé l'espérance qu'on avait fondée sur ses propriétés chimiques, et le seul auquel on ait en général recours aujourd'hui est le cautère actuel. Pour l'appliquer, il faut commencer par mettre à découvert la surface cariée, en pratiquant aux parties molles une incision cruciale, ou en V, ou en T, dont on relève les lambeaux. La surface de l'os est ruginée avec soin. Si le sang s'écoule avec trop d'abondance, on relève les lambeaux, on tamponne la plaie et on remet l'application du feu au lendemain, parce que ce liquide éteindrait le cautère,

et ne permettrait de faire l'opération qu'incomplètement. Dans le cas contraire, on procède immédiatement à son application. Pour que cette opération soit bien faite, il faut que l'agent destructeur atteigne toute la surface malade, qu'il l'attaque dans toute son épaisseur, et qu'il n'attaque qu'elle seule. Si donc la carie a formé une cavité profonde et dont l'entrée est trop étroite, on agrandira celle-ci avec la gouge et le maillet, et l'on détruira de même tous les obstacles locaux que différens accidens d'ossification morbide pourraient opposer à l'application du cautère. On garantira les parties que le feu ne doit pas offenser, en les couvrant avec des lames de carton mouillé, disposées de manière à ne laisser à découvert que la portion d'os malade. Si le trajet que doit parcourir l'instrument est très-étroit, et si en même temps la surface sur laquelle on doit l'appliquer est très-circonscrite, on peut se servir pour conduire le cautère, d'une canule d'acier supportée par un manche qui en part à angle droit; mais comme ce métal s'échauffe facilement, il faut avoir, autant que cela est possible, la précaution d'enfermer cette canule elle-même dans une lame de carton mouillé, qu'on courbe autour d'elle et qui lui forme une enveloppe beaucoup moins propre à transmettre le calorique aux parties voisines.

Ces dispositions étant prises, on porte le cautère chauffé à blanc sur la partie de l'os malade. Si la carie est très-superficielle, il suffit en général de l'application d'un seul cautère; mais lorsqu'elle est trop profonde, il faut éteindre successivement plusieurs cautères sur elle. On doit plutôt craindre de brûler trop peu, que trop. Cependant, lorsque l'os malade est mince, et qu'il fait partie des parois d'une cavité dans laquelle sont renfermés des organes qu'on a intérêt à ménager, comme cela a lieu au crâne, à la poitrine, au bassin, et auprès des grandes articulations, il faut se borner à des cautérisations légères et réitérées à peu d'intervalle; mais alors le traitement entraîne beaucoup de perte de temps, et l'on n'est pas à beaucoup près aussi sûr de maîtriser les progrès de la maladie.

La cautérisation transforme la carie en une nécrose (voyez *Gangrènes*), et elle imite en cela un des modes de guérison spontanée de la maladie. La partie d'os privée de vie doit se séparer du reste, et tomber par les seuls effets d'un travail éliminatoire qui remplace celui de la carie. Cette séparation ne peut avoir lieu qu'au bout d'un temps assez long; il faut quelquefois plusieurs mois pour qu'elle s'accomplisse. Tant qu'elle n'est pas opérée, on doit retenir les lambeaux des parties molles relevés, et panser à sec ou avec des plumasseaux enduits d'onguent styrax la partie d'os sur laquelle on a appliqué le feu. Après la chute de la partie d'os nécrosée, si le fond de la plaie paraît recouvert de chairs fongueuses, on recommence l'opération; si au contraire il est formé par des bourgeons de bonne nature, on réapplique les lambeaux sur le fond, et on traite jusqu'à la fin la plaie comme une plaie qui suppure (voyez *Lésions de continuité*). Tel est le traitement de la carie développée dans une hypérostose ou dans une exostose à large base. Nous n'avons pas besoin de dire, que quand la suppuration se développe dans une exostose pédiculée, il est beaucoup plus simple d'appliquer le traitement de l'exostose, c'est-à-dire de l'extirper, que de chercher à traiter la carie.

Mais nous avons supposé que le chirurgien assistait en quelque sorte au début de la maladie, que celle-ci n'attaquait qu'un seul os, et il n'en est pas à beaucoup près toujours ainsi. Souvent les malades ne demandent les secours de l'art que quand déjà les abcès se sont ouverts depuis longtemps: on ne peut alors appliquer à ceux-ci le traitement qui a été indiqué. Cette ouverture a peu d'inconvéniens dans les cas où la carie attaque un os superficiel, et lorsqu'elle est peu étendue, parce qu'on peut encore attendre que la cause soit détruite avant d'attaquer la maladie locale; mais quand la carie est très-étendue, les effets fâcheux de l'introduction de l'air dans les foyers ne tardent pas à se manifester, la marche de la maladie devient plus rapide, et l'on est forcé, lors même qu'elle dépend d'une disposition générale, d'appliquer le traitement local avant que cette disposition ait pu être combattue par les moyens appropriés. Alors il réussit moins bien. Quelquefois aussi l'os affecté l'est si profondément, qu'il n'y a aucune possibilité de limiter le mal; d'autres fois plusieurs os contigus sont malades en même temps; dans presque tous ces cas, il n'y a de ressource que dans la résection de l'os, ou dans l'amputation de la partie, lorsqu'elle est possible. Enfin, cette dernière ressource est elle-même interdite, lorsque la maladie a son siége au tronc, ou lorsqu'elle affecte en même temps plusieurs parties du corps, comme les deux tarses, les deux carpes, ou plusieurs articulations. Les remèdes intérieurs et les révulsifs appliqués sur la peau, l'évacuation prompte des abcès, et l'emploi de tous les moyens de précaution indiqués pour s'opposer à l'introduction de l'air dans le foyer, constituent le seul traitement qu'on puisse alors mettre en usage.

Lorsque l'inflammation, au lieu de se terminer par résolution, par induration ou par suppuration, s'est terminée par la nécrose de l'os affecté, il se fait alors un travail qui a le double but de remplacer l'os mort, et de l'éliminer du milieu des parties vivantes. Nous exposerons, en parlant de la nécrose, le mécanisme de ce travail, ainsi que les bases du traitement qu'il faut alors employer.

La marche de l'inflammation des os, les phénomènes qui l'accompagnent, et le traitement qu'elle réclame, sont modifiés, dans quelques cas que nous allons faire connaître, par la situation, la forme et les usages des os affectés. Telles sont les inflammations des os du crâne, celle des os du thorax, celle des os du bassin, et celle des pièces qui composent la colonne vertébrale.

### De l'ostéite crânienne.

Cette maladie peut affecter simultanément toute l'épaisseur des os du crâne; mais le plus souvent elle commence par l'une des tables, et ordinairement par la table externe.

*Causes*. Elle peut se développer sous l'influence de toutes les causes que nous avons précédemment citées; mais la plus fréquente de toutes est incontestablement la syphilis.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Dans certains cas, il se forme sur un point quelconque de la surface du crâne une tumeur dure, solide, qui fait corps avec l'os, dont la base est ordinairement fort large, et la saillie peu considérable. Si cette tumeur se développe sur la surface externe de la cavité osseuse, elle ne produit pendant long-temps aucune incommodité, à moins cependant qu'elle ne soit située dans un point soumis habituellement à quelque compression; quelquefois aussi elle est accompagnée de douleurs ostéocopes; mais lorsque la tumeur se développe du côté du cerveau, il se manifeste divers accidens qui dépendent de la compression ou de l'irritation des viscères encéphaliques, accidens dont la cause reste ordinairement ignorée, jusqu'à ce que les progrès ultérieurs de la maladie la rendent manifeste à l'extérieur; telles sont l'épilepsie, des paralysies, certaines affections comateuses, et la perte de la vue ou de quelque autre sens. Dans beaucoup de cas aussi, l'inflammation des os du crâne est provoquée par celle des membranes qui revêtent les os, rarement par celle de la dure-mère, beaucoup plus souvent que celle du périoste. Dans ces cas, la périostite la précède constamment, elle n'est accompagnée d'aucun gonflement de l'os, et n'attaque que sa table externe: c'est surtout au front qu'on l'observe; mais elle peut attaquer toute la superficie du crâne. Enfin, on voit dans quelques cas un érysipèle phlegmoneux, suite d'une blessure ou survenu spontanément, occasioner la dénudation des os du crâne et leur inflammation; celle-ci présente alors les mêmes caractères que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'elle n'est pas accompagnée de gonflement apparent de l'os, et qu'elle n'attaque ordinairement que sa table externe.

L'inflammation des os du crâne peut se terminer par résolution, par l'effet d'un traitement sagement administré, mais souvent elle se termine par induration; dans ces cas, ainsi que dans quelques uns où il y a résolution, le gonflement ou l'*exostose* persiste, et lorsque celle-ci fait saillie du côté du cerveau, le malade reste sujet à tous les accidens nerveux dont nous avons parlé, à moins que ce viscère ou ses enveloppes irrités, ne s'enflamment (voyez *Arachnoïdite*, *Cérébrite*); mais souvent aussi la maladie se termine par la carie. Cela s'observe surtout dans les cas où il y a hypérostose plutôt qu'exostose, et dans ceux où l'inflammation est consécutive à celle du péricrâne. Si la maladie a son siége du côté externe, les parties molles s'engorgent sur le lieu affecté, et il se forme bientôt un abcès, après l'ouverture duquel l'introduction d'un stylet fait facilement reconnaître l'altération éprouvée par les os, en supposant qu'elle ait été méconnue jusque là. Chez certains sujets, la carie s'étend en superficie sans gagner en profondeur, et si l'on n'en arrête les progrès, ces malades finissent par périr dans les accidens colliquatifs entraînés par l'abondance de la suppuration.

Lorsque la maladie a son siége dans l'apophyse mastoïde, elle fait des progrès plus rapides que dans aucun autre point des parois du crâne, en raison de la structure spongieuse de cette apophyse; et lorsqu'elle se termine par suppuration, il arrive assez souvent que le pus, avant même de s'être ouvert au dehors une issue plus directe, fuse de proche en proche par les cellules mastoïdiennes, jusque dans la caisse du tympan, et s'écoule au dehors par le conduit auditif externe, après avoir décollé ou perforé la membrane du tympan. La chute des osselets et la perte de l'ouïe sont fort souvent le résultat de cette extension du mal de l'extérieur à l'intérieur; dans quelques cas même, le rocher s'affecte et les malades périssent des suites de la propagation de l'inflammation aux membranes du cerveau, et de l'épanchement purulent qui se forme autour de cette apophyse, lorsque toute son épaisseur est compromise.

Quand la maladie a commencé par la table interne de l'os, ce n'est assez souvent qu'au moment où elle passe à l'état de suppuration que les symptômes dépendans de la compression du cerveau, de son irritation, ou de ses enveloppes, se manifestent; quelquefois même les malades périssent au moment de l'invasion de ces symptômes, ou peu de temps après, et l'on trouve à l'ouverture des cadavres une quantité plus ou moins considérable de pus épanché entre la dure-mère et le crâne. Mais, dans d'autres cas, il se forme à l'extérieur, à l'endroit où depuis long-temps il existe une douleur fixe, une tumeur molle et fluctuante dès son début, peu douloureuse, qui disparaît quelquefois par la compression, et qui, finissant par s'abcéder au bout d'un temps presque toujours assez long, fournit une quantité de pus considérable, eu égard à son volume, dont la sortie n'est pas accélérée par la pression exercée sur les parties molles voisines. L'ouverture de cet abcès permet de reconnaître qu'il s'est fait aux parois du crâne une perforation, dont la circonférence, inégale, a des bords taillés en biseau aux dépens de la table interne, laquelle a subi une altération plus profonde que l'externe. Dans quelques cas, la tendance du pus à se faire jour au dehors est tellement forte, qu'on voit des abcès provenant d'inflammations accompagnées de carie, qui ont commencé évidemment par la surface crânienne du rocher, se faire jour, soit par le conduit auditif externe, soit à travers la région mastoïdienne, soit simultanément par ces deux voies. Mais dans tous ces cas, quoique l'assoupissement, les convulsions et les autres symptômes de compression ou d'irritation du cerveau ou de ses enveloppes cessent en grande partie ou en totalité, dès le moment que le pus trouve une libre issue au dehors, le malade finit presque toujours par périr, soit par la durée ou les progrès de la maladie, soit par la propagation de l'inflammation aux méninges ou au cerveau lui-même.

Enfin, lorsque l'inflammation se termine par la nécrose de l'os, une portion plus ou moins considérable de celui-ci se dénude, se détache, et tombe par un mécanisme qui, comme nous l'avons déjà dit, sera décrit plus tard. Nous dirons seulement ici que c'est très-souvent à la suite des inflammations syphilitiques que cette terminaison se fait remarquer, qu'elle affecte plus spécialement le coronal, et qu'on voit souvent des individus qui perdent la presque totalité de la partie frontale de cet os sans en éprouver d'accidens graves, d'où

l'on peut conclure que la terminaison de l'ostéite par nécrose est moins grave que la terminaison par carie.

*Traitement.* Le traitement de l'inflammation des os du crâne est fondé sur les mêmes bases que celui de l'inflammation de tous les autres os, et nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à ce sujet : nous ne ferons qu'indiquer quelques modifications que leur peu d'épaisseur et le danger d'offenser les organes importans qu'ils protègent, apportent au traitement local, lorsqu'ils sont affectés d'exostose ou de carie.

Tant que les exostoses développées à la surface extérieure du crâne n'incommodent pas par leur présence, il faut en général les respecter, à moins toutefois qu'elles ne soient supportées par un pédicule tellement étroit, que leur ablation puisse être exécutée par une opération très-simple, parce que le voisinage du cerveau doit rendre circonspect dans toutes les opérations qui doivent intéresser la boîte osseuse qui le contient. Si au contraire la tumeur est devenue fort incommode, on peut, après avoir dûment averti le malade ou les personnes qui y prennent intérêt, l'enlever en mettant en usage le procédé que nous avons décrit en parlant de l'ostéite en général.

Mais, lorqu'une exostose saillante à l'extérieur, et par conséquent facile à reconnaître, est accompagnée de mouvemens convulsifs généraux, d'attaques d'épilepsie, de la paralysie de la moitié du corps opposée à la partie du crâne où elle a son siége, ou de la perte de quelques sens, etc., on doit à tout prix chercher à en débarrasser le malade, surtout lorsque les accidens qui indiquent qu'elle se porte du côté du cerveau sont récens. Le procédé à mettre alors en usage consiste à découvrir, comme il a été dit, la tumeur, et à cerner sa base par l'application d'un nombre suffisant de couronnes du trépan qui empiètent les unes sur les autres, de telle sorte que, lorsqu'on a ainsi formé un cercle complet, la pièce osseuse qui supporte l'exostose se trouve entièrement détachée. Il s'en faut cependant de beaucoup que cette opération, qui paraît fort rationnelle, ait dans tous les cas d'heureux résultats. Cela tient, dans quelques cas, à la fatigue et à l'irritation qu'entraînent la longueur et les difficultés de son exécution; dans d'autres, il arrive qu'une exostose aiguë s'enfonce dans la substance du cerveau, pendant les mouvemens qu'on imprime à la pièce osseuse qui la supporte, et fait à ce viscère une blessure mortelle; quelquefois, enfin, cela paraît tenir à la soustraction brusque d'une compression à laquelle le cerveau était depuis quelque temps habitué, soustraction dont l'effet immédiat est un *collapsus* général, dont on ne peut pas relever le malade : mais comme les suites de la maladie sont nécessairement mortelles, et que l'opération laisse quelques chances de guérison, on ne doit pas balancer à prendre le parti le plus avantageux. Il faut conserver avec soin les saillies anguleuses qui s'avancent dans les intervalles des couronnes du trépan, parce qu'elles forment, comme on l'a dit, des espèces de jetées, d'où la cicatrice qui doit combler la perte de substance éprouvée par l'os procède ensuite avec plus de facilité. Après l'opération, le malade est mis au régime auquel on soumet tous ceux qui ont subi l'opération du trépan. (Voyez *Lésions de continuité.*)

Lorsque la carie n'attaque que la table externe de l'os, on peut employer pour en arrêter les progrès quelques unes des substances plus ou moins irritantes dont nous avons parlé; mais pour peu qu'elle s'étende en profondeur, la prudence défend de se servir des caustiques liquides, parce qu'ils pourraient filtrer en quelque sorte à travers la substance de l'os devenue spongieuse par l'effet de la maladie, et porter leur action jusque sur les méninges ou sur le cerveau lui-même; et elle proscrit sans exception le cautère actuel, parce que les os étant assez bons conducteurs du calorique, le feu peut, plus facilement encore que les caustiques liquides, exciter une inflammation funeste dans les organes encéphaliques. Le seul point des os du crâne où l'on puisse employer ces moyens avec avantage, est l'apophyse mastoïde; on peut sans crainte, lorsque la maladie a débuté par cette apophyse, découvrir le lieu affecté et y porter, soit les caustiques, soit le cautère actuel, afin d'en arrêter les progrès. Lorsque la carie, procédant de l'extérieur à l'intérieur, ou de l'intérieur à l'extérieur, a envahi toute l'épaisseur des os du crâne, alors les moyens ordinaires ne conviennent plus. Il faut, si le traitement intérieur destiné à combattre la cause de la maladie ne suffit pas pour en arrêter les progrès, renouveler la circonférence de l'ouverture qui s'est faite à l'os, avec un couteau lenticulaire, qu'on fait agir jusqu'à ce que l'on soit arrivé à l'os sain, ou si ce procédé ne peut être mis à exécution, cerner toute la portion d'os malade, comme il vient d'être dit qu'on devait le faire dans les cas d'exostose saillante à l'intérieur, à l'aide de couronnes de trépan multipliées, et traiter ensuite le malade de la même manière.

Devant parler plus tard de la nécrose, nous nous bornerons à dire ici que, dans les cas où l'ostéite a suivi cette terminaison, il faut attendre que la portion d'os morte soit entièrement détachée des parties vivantes pour l'extraire, après quoi on panse la plaie comme une plaie simple.

### De l'ostéite vertébrale.

Cette maladie (*mal vertébral, mal de Pott, gibbosité*), lorsqu'elle est spontanée, attaque presque toujours le corps des vertèbres. On la voit cependant commencer quelquefois par les apophyses transverses de ces os; en général elle n'affecte les lames que lorsqu'elle dépend d'une cause externe. Le plus souvent elle est bornée à une ou deux vertèbres, rarement elle est étendue à un plus grand nombre. Elle se présente sous deux formes principales et très-différentes dans leurs effets : tantôt elle commence par la surface de l'os, tantôt au contraire elle débute par le centre même de son corps.

*Causes.* L'ostéite vertébrale se développe plus fréquemment chez les sujets souvent affectés d'arthrite rhumatismale ou atteints de scrofules, que chez les autres; mais une de ses causes les plus fréquentes, même chez ces sujets, est l'habitude de la masturbation. Il est difficile de dire

comment cette cause agit; mais il est incontestable que la plupart des sujets qui sont affectés d'ostéite vertébrale se sont livrés à cette funeste habitude.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Lorsque la maladie n'attaque que la surface de l'os, elle ne se manifeste au début que par des douleurs d'abord assez étendues, qui se fixent sur un point quelconque de la longueur du rachis (*rachialgie*), et il est impossible de la distinguer de la douleur dépendante d'une inflammation des faisceaux fibreux qui enveloppent la colonne vertébrale, et dont souvent elle n'est elle-même qu'une conséquence. Si elle se termine par résolution ou par induration, la douleur cesse, et l'on doute si l'on a eu à faire à une inflammation fibreuse ou à une ostéite. Lorsque la maladie se termine par la carie de l'os affecté, la douleur se concentre de plus en plus, elle devient plus vive, et, quelquefois après que les symptômes généraux d'une suppuration intérieure se sont manifestés, souvent sans qu'aucune altération apparente dans la santé générale du sujet ait précédé, on voit apparaître, ordinairement au bout d'un temps assez long, soit aux lombes, soit sur les côtes du thorax, soit aux aines, un dépôt par congestion, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, ni sur le mode de terminaison qu'elle a suivi. Le plus souvent, après l'ouverture des abcès, le malade périt dans l'épuisement et le marasme; mais quelquefois on le voit guérir, et il conserve alors la rectitude, et, en grande partie au moins, la liberté des mouvemens du tronc.

Lorsque la maladie commence par le centre du corps d'une vertèbre, comme cela arrive plus spécialement chez les sujets jeunes et scrofuleux, la douleur manque souvent au début; mais on peut, malgré cela, la distinguer de suite de toutes les autres affections du rachis. Le premier effet de l'ostéite est de ramollir l'os qu'elle affecte; le corps de la vertèbre, incapable dès-lors de supporter le poids du tronc, s'affaisse sur lui-même; la vertèbre supérieure, privée d'appui en devant, mais soutenue en arrière par les apophyses articulaires et par les lames de la vertèbre malade, lesquelles ne se ramollissent pas, exécute un mouvement de bascule, en vertu duquel son apophyse épineuse se redresse et fait une saillie remarquable sur la peau qui la recouvre. (*Gibbosité.*) La colonne vertébrale décrit un angle obtus, rentrant en devant, saillant en arrière, et dont le sommet correspond à celui de l'apophyse épineuse redressée. De là un changement tout particulier dans le maintien général du malade, d'autant plus remarquable que la maladie est plus avancée (1). Il paraît se rapetisser; ses membres deviennent proportionnellement trop longs pour sa taille; si le mal a son siége dans les régions lombaire ou dorsale, le haut du corps est incliné, les épaules se portent en arrière pour faire équilibre, la tête est renversée sur la nuque, afin que la face puisse être dirigée en avant; les bras sont pendans de chaque côté du corps, ou les mains sont appuyées sur les cuisses, lesquelles restent rapprochées et à demi fléchies. C'est dans l'articulation des genoux que se passent les plus grands mouvemens pendant la progression, que les jambes exécutent presque seules; les cuisses y participent peu, et les bras ainsi que le tronc restent pour ainsi dire passifs. Le malade évite tous les mouvemens qui fléchissent le tronc en avant. Veut-il ramasser quelque chose, il s'avance jusqu'à l'objet, s'abaisse verticalement sur lui-même par la flexion des cuisses et des jambes, et le saisit d'une main, soit à côté de lui, soit entre ses pieds, et jamais en avant, tandis que l'autre main reste appuyée sur le genou correspondant. C'est à peu près par un mouvement analogue qu'il s'assied. La position du tronc, de la tête et des épaules, est à peu près la même pendant que le malade est couché que pendant qu'il est debout; mais le décubitus ne peut se faire que sur le côté. Si la maladie occupe la région cervicale, le tronc reste droit; mais la tête, privée de soutien, s'incline de côté et d'autre, et le malade la repose sur des supports étrangers.

Le plus souvent, pour peu que la gibbosité soit considérable, le changement de direction opéré brusquement dans l'échine, exerce une influence fâcheuse sur la moelle épinière et sur les nerfs qui en partent; le malade éprouve dans les cuisses et dans les jambes, des pincemens, des tiraillemens plus ou moins douloureux, des secousses convulsives, de l'engourdissement; il s'en sert avec difficulté et maladresse; quelquefois même il se déclare, soit subitement, soit progressivement, une paraplégie complète avec ou sans paralysie de la vessie et du rectum, et souvent accompagnée de rigidité dans les membres affectés. Ces effets ne sont pourtant pas constans; les auteurs citent un assez grand nombre de cas dans lesquels la substance de la moelle se trouvait tout-à-fait interrompue, sans qu'il en soit résulté aucune difficulté dans les mouvemens des membres inférieurs (1). La maladie peut, sous cette seconde forme, comme sous la première, se terminer par résolution ou par induration; alors les douleurs locales disparaissent, les accidens dépendans de la compression de la moelle diminuent, ou cessent même quelquefois tout-à-fait; mais les malades conservent leur attitude vicieuse, leur démarche embarrassée, et leur gibbosité. Mais dans le plus grand nombre des cas, la carie est la suite de cette forme d'ostéite vertébrale. C'est souvent alors que la douleur locale s'éveille pour la première fois; quand elle existe déjà, elle augmente d'intensité; la courbure de l'épine et la gibbosité s'accroissent d'une manière remarquable, souvent aussi la peau devient sèche et chaude; le pouls s'accélère surtout le soir après le repas; le malade s'affaiblit. Au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois après quelques semaines, plus souvent après quelques mois, le pus vient former, comme dans la première variété, des abcès par congestion, aux lombes, sur les côtés du thorax, ou au dessous des arcades crurales, et quelquefois, mais rarement, dans l'épaisseur de la fesse, selon la hau-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tom. III.

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, cahier de janvier et de mars 1825, *Mémoires* de M. Velpeau, où les plus intéressantes de ces observations se trouvent rassemblées.

teur à laquelle la maladie a son siége, et selon que le liquide a suivi la direction des vaisseaux et des nerfs dorsaux, celle des vaisseaux intercostaux, celle des vaisseaux iliaques, ou des vaisseaux hypogastriques. On voit donc se former dans un des lieux indiqués, ou dans plusieurs à la fois, une tumeur indolore, molle et fluctuante dans toute son étendue dès le moment de son apparition, sans changement de couleur à la peau, et qui présente en un mot tous les caractères que nous avons assignés aux abcès par congestion. Lorsque la collection purulente s'est faite au-dessous de l'arcade crurale, elle disparaît en partie par la pression, à cause de la large communication qui est établie entre la partie extérieure du foyer et sa partie interne; mais les autres caractères de la tumeur sont si tranchés qu'il est impossible, pour peu qu'on y apporte la moindre attention, de ne pas la distinguer d'une hernie crurale, avec laquelle sa réductibilité semblerait pouvoir la faire confondre.

Pendant la formation de ces abcès, on voit assez souvent augmenter les symptômes de compression de la moelle épinière. Ces symptômes, diminuent alors ou disparaissent complètement, lorsqu'une ouverture spontanée ou artificielle a procuré au pus une issue facile. Il est rare que le malade guérisse lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, parce que l'ouverture, toujours béante, permet à l'air de pénétrer dans le foyer, d'altérer les surfaces malades et le produit de la suppuration, et aussi parce qu'en général ces ouvertures spontanées ne se produisent qu'après que la maladie a déjà fait de grands progrès, et que les foyers ont pris une extension considérable; cependant cet événement heureux n'est pas impossible. Mais, dans le plus grand nombre des cas, surtout lorsque le sujet est scrofuleux, les douleurs deviennent plus vives; le pus, qui ne présente d'abord que les caractères de celui de la carie simple, acquiert une odeur fétide; lorsqu'il y a paralysie de la vessie et du rectum, l'urine, après avoir distendu outre mesure la vessie, sort involontairement et d'une manière continue par l'effet d'un véritable regorgement, et, à une constipation opiniâtre succèdent des déjections involontaires. Les tégumens qui correspondent aux parties saillantes des os sur lesquelles repose le poids du corps s'ulcèrent ou se gangrènent; l'irritation sympathique des appareils nerveux, circulatoires et digestifs s'éveille ou s'exaspère, et le malade périt dans les accidens de la consomption et du marasme.

*Caractères anatomiques.* Lorsque la maladie est encore à l'état d'inflammation simple, et qu'elle n'affecte que la superficie de l'os, on trouve ordinairement celui-ci légèrement rouge et gonflé dans le point affecté, ainsi que les tissus fibreux qui le recouvrent, et qui présentent tous les caractères anatomiques de la périostite; quand, au contraire, elle a débuté par le centre de l'os, on voit qu'un ou plusieurs corps de vertèbres sont affaissés sur eux-mêmes, rouges, gonflés, ramollis, et forment une espèce de bourrelet circulaire qui dépasse de toutes parts le niveau des vertèbres voisines, et qui, débordant dans le canal vertébral, comprime la moelle épinière. On vérifie également le changement de direction de la partie du rachis supérieure à la maladie, le redressement de l'apophyse épineuse, la courbure à angle du prolongement rachidien du cerveau, et son aplatissement. Si l'inflammation s'est terminée par résolution ou par induration, les organes qui viennent d'être nommés sont à peu près dans les mêmes rapports, et présentent les mêmes déformations; mais les tissus dégonflés, privés du sang surabondant appelé par l'irritation inflammatoire, ont repris leur couleur naturelle. Enfin, quand il existe une carie, l'os est ou simplement érodé à sa surface, ou bien le corps d'une ou plusieurs vertèbres se trouve détruit, les ligamens vertébraux communs sont ramollis, les cartilages intervertébraux en partie détruits forment des restes de cloisons qui séparent et indiquent les intervalles où existaient des portions d'os qui ont disparu, intervalles dont l'étendue est toutefois singulièrement diminuée par l'abaissement de toute la partie de la colonne vertébrale qui est supérieure à la maladie; presque toujours alors la moelle épinière participe à l'inflammation, et elle est rouge, gonflée, ramollie ou même détruite dans une plus ou moins grande partie de son étendue. Autour de la carie existe un vaste foyer purulent, dans lequel on rencontre parfois des productions osseuses, irrégulières, stalactiformes, libres ou adhérentes aux parois du foyer, mais dont quelques-unes s'étendant en forme de jetée, de la portion supérieure de la colonne vertébrale à la portion inférieure, semblent indiquer les rudimens d'un travail de reproduction par lequel la perte de substance éprouvée par les os aurait pu un jour être réparée. Lorsqu'il existe des abcès par congestion, ils communiquent avec le foyer principal, à l'aide d'un trajet qui suit ordinairement la gaîne cellulaire des vaisseaux ou des nerfs principaux de la partie. Ce trajet et les foyers sont tapissés par une membrane de structure analogue à celle des membranes muqueuses, et qu'on trouve même parfois rouge, épaisse, enflammée et recouverte de fausses membranes, surtout lorsque l'abcès par congestion étant ouvert, l'air a porté son action irritante sur toute l'étendue du foyer. Lorsque la carie a été guérie, on trouve la perte de substance entourée par des ossifications irrégulières qui remplacent la portion d'os détruite, et les foyers sont cicatrisés.

*Traitement.* Deux circonstances maîtrisent tout le traitement de l'ostéite vertébrale : la structure spongieuse du corps des vertèbres qui est très-favorable au développement rapide de la maladie, et la profondeur à laquelle ces os sont situés, qui, d'une part, dérobe souvent aux yeux les plus clairvoyans le début de la maladie, et ne permet de la reconnaître que lorsque déjà elle a fait de dangereux progrès, et, d'autre part, les rend tout-à-fait inaccessibles à tout traitement local immédiat.

Il résulte de là qu'aussitôt qu'on s'aperçoit de l'existence du mal, il faut supposer qu'il est déjà avancé, et l'attaquer avec une énergie d'autant plus grande, qu'on est privé du moyen que l'expérience a proclamé être le plus efficace si l'inflammation venait à passer à la carie, ce à quoi elle a une très-grande tendance.

Dès qu'un adulte se plaint d'éprouver depuis quelque temps dans la région du rachis une dou-

leur qui, d'abord assez étendue, s'est concentrée sur un point; dès qu'un jeune enfant arrivé à l'âge où il doit marcher, paraît avoir les extrémités faibles, ou surtout dès qu'après avoir marché il ne peut plus le faire, sans que cette faiblesse dépende d'aucune maladie apparente, il faut, dans tous ces cas, examiner avec attention la colonne épinière, pour voir si elle ne présente pas de gibbosité. On rencontre presque toujours alors ce signe; mais ne le rencontrât-on pas, l'existence de la douleur chez un sujet qui paraît prédisposé autoriserait suffisamment à attaquer la maladie avec énergie.

En même temps qu'on cherchera à combattre par un traitement approprié la disposition générale dont la maladie est un effet ou symptôme, le malade gardera le repos sur un plan horizontal autant que possible; quelques applications de sangsues seront faites sur le point douloureux, et, sans perdre de temps, on exercera sur la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du mal, une irritation révulsive puissante. Cameron paraît être le premier qui ait mis en usage ce dernier moyen; c'est lui qui a fait connaître à Pott les avantages qu'il en avait obtenus; et c'est d'après lui que Pott, auquel on en attribue généralement l'idée, l'a essayé et mis en honneur. La meilleure manière de remplir cette indication consiste à appliquer d'abord, de chaque côté de la gibbosité ou de l'apophyse épineuse à laquelle correspond la douleur, un fort moxa que l'on convertit après la chute de l'escharre, en un large cautère, dans lequel on place, pour les adultes, trois ou quatre pois. Ces cautères doivent être entretenus, non seulement pendant tout le temps que dure le traitement, mais encore long-temps après que tous les symptômes dépendant de l'engorgement des parties ont disparu. Aussitôt que les escharres des premiers moxas sont détachées, on en applique successivement plusieurs autres le long de la colonne épinière; mais ceux-ci, moins forts, ne doivent faire que des brûlures plus légères, et qui sont pansées de manière à les faire cicatriser aussitôt que l'escharre est détachée.

Ces moyens sont presque les seuls qu'on puisse employer lorsque l'inflammation s'est terminée par suppuration. Quant aux abcès par congestion, c'est surtout lorsqu'il s'agit de l'ostéite vertébrale qu'il faut surveiller leur apparition, parce que c'est surtout alors qu'il est important de suivre la pratique indiquée par le professeur Boyer, et qui consiste, comme il a été dit, à les ouvrir aussitôt qu'ils paraissent, par une ponction oblique à l'épaisseur de la peau, et à refermer l'ouverture jusqu'à ce que la collection s'étant reformée, nécessite une nouvelle évacuation faite de la même manière. Ces ponctions, qu'on réitère suivant le besoin, étant faites à travers des tégumens sains et susceptibles de se réunir par adhésion immédiate, on évite à peu près sûrement l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer, d'autant mieux que l'étroitesse de l'ouverture ménage l'écoulement du pus, et permet aux parties molles de revenir sur elles-mêmes au fur et à mesure que le liquide s'écoule. L'expérience a plusieurs fois confirmé l'excellence de cette méthode, ainsi que celle de M. Larrey, qui consiste à ouvrir la tumeur à l'aide du trois-quarts rougi au feu, mais qui doit être, comme nous l'avons dit, réservée pour les cas où les tégumens altérés et amincis ne paraissent pas propres à devenir le siége d'un travail de réunion par adhésion immédiate.

Lorsque les abcès se sont ouverts spontanément, et qu'au moment où l'on est appelé près du malade l'air a déjà pénétré dans l'intérieur du foyer, il reste en général peu d'espoir de guérison; cependant les exutoires, le traitement interne, et, autant que le permet l'état des voies digestives, un régime propre à soutenir le malade sans l'exciter, doivent encore être essayés quelque faibles que paraissent les chances de succès, parce que, lors même que ces moyens ne réussissent pas complètement, ils ont toujours pour effet de ralentir la marche de la maladie et de retarder le terme fatal.

Que penser des moyens mécaniques que l'on a proposés pour remédier à la courbure du rachis? Sans doute on peut reconnaître quelque analogie entre le ramollissement produit par l'état inflammatoire et celui qui est l'effet du rachitisme (Voyez *Rachitis*), et s'appuyer sur un pareil rapprochement pour appliquer au premier le traitement qui convient au second. Cependant si l'on compare la coupure brusque, anguleuse, et dirigée d'avant en arrière, la tendance très-prononcée à la carie, les douleurs locales et les tiraillemens ou l'engourdissement qui surviennent dans les membres inférieurs, dans l'ostéite vertébrale, avec les courbures larges et latérales, la tendance à l'induration, et l'indolence ordinaire du rachitisme, on trouvera quelques raisons de penser que ces deux maladies présentent des indications différentes, et que les tiraillemens qu'on peut exercer impunément sur la substance ramollie de l'os affecté de rachitisme, pourraient avoir pour effet de hâter la terminaison par suppuration, dans l'os affecté d'ostéite proprement dite. On doit à plus forte raison s'abstenir de toute extension mécanique dans les cas où il existe une carie reconnue, et par conséquent une perte de substance, parce que, outre l'inconvénient très-grave d'augmenter l'irritation, on rencontrerait celui de rompre ces espèces de jetées osseuses dont nous avons parlé, et qui sont destinées à suppléer à la perte de substance éprouvée par la vertèbre. Il faut donc, dans tous les cas, abandonner la courbure de l'épine à elle même. Cette conduite est celle que tiennent la plupart des hommes de l'art, parce qu'ils pensent qu'il vaut mieux exposer le malade à une difformité certaine, qu'augmenter les chances funestes d'une maladie qui est très-souvent mortelle.

### De l'ostéite sternale.

Le sternum est un des os qui s'enflamment le plus fréquemment; sa position superficielle et sa structure éminemment spongieuse rendent suffisamment compte de la facilité avec laquelle il devient le siége de l'irritation inflammatoire. Cette maladie peut attaquer isolément l'une ou l'autre des faces de l'os, toute son épaisseur, ou toute son

étendue ; quelquefois elle s'étend jusqu'aux cartilages des côtes.

*Causes.* Le plus souvent elle se développe spontanément chez les sujets scrofuleux ou atteints de syphilis ; quelquefois elle est la suite des pressions directes ; dans quelques cas, elle provient d'une inflammation du périoste, des plèvres ou du tissu cellulaire du médiastin antérieur, qui s'est étendue au sternum.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Lorsque l'inflammation attaque la face antérieure de l'os, ou qu'ayant commencé par le centre de son épaisseur, le gonflement se prononce vers ce côté, la maladie est des plus faciles à reconnaître, soit qu'elle existe encore à l'état inflammatoire simple, soit qu'elle ait laissé une exostose ou une hypérostose après s'être terminée par résolution, soit enfin que la suppuration en ait été le mode de terminaison. Les abcès se font sur le lieu même affecté. Il est également facile de reconnaître la maladie dès son début, lorsqu'elle affecte le bord de l'os et qu'elle envahit les cartilages des côtes, au gonflement des parties, ou aux abcès qui se forment ; mais quand la maladie attaque d'abord la face postérieure de l'os ou se dirige de ce côté, une douleur sourde est le seul symptôme qui se manifeste, et il est par conséquent impossible d'établir un diagnostic assuré. Lorsque la maladie se termine par suppuration, la circonstance d'une douleur ancienne, fixe, à laquelle se joignent de la toux, de l'oppression, surtout lorsque le malade est couché, peut bien faire soupçonner la vérité ; néanmoins, ces symptômes sont encore si vagues, qu'ils ne peuvent autoriser que des soupçons. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, le pus fuse derrière le sternum, et vient former sur les côtés de l'apophyse xyphoïde, ou dans l'intervalle de deux cartilages costaux, une collection qui présente tous les caractères d'un abcès par congestion ; ou bien l'os se perfore, et le liquide vient soulever la peau qui recouvre sa face antérieure ; dans tous ces cas, il est dès lors impossible de se méprendre sur le caractère de la maladie.

L'inflammation de la substance du sternum est accompagnée d'un gonflement assez rapide. Chez les sujets adultes et robustes, surtout si la maladie est due à l'infection syphilitique, ce gonflement disparaît assez souvent entièrement par l'effet d'un traitement antisyphilitique bien dirigé ; dans quelques cas rares cependant, il reste pour toujours une exostose indolore après que la cause est détruite ; quelquefois aussi, surtout lorsqu'on a attendu trop long-temps pour administrer le traitement convenable, l'inflammation se termine par la carie ; mais cette terminaison est bien plus rapide et bien plus difficile à prévenir chez les sujets jeunes et scrofuleux.

L'inflammation simple du sternum, ou celle qui est devenue simple par l'effet d'un traitement propre à en détruire la cause, peut ; lors même que déjà elle a passé à la carie, se guérir spontanément. Dans le plus grand nombre des cas cependant, elle continue à faire des progrès, ou reste stationnaire, tant qu'on n'emploie pas une opération chirurgicale. Tant qu'elle est bornée à l'os, elle ne constitue pas en général une maladie dangereuse, et elle ne le devient que lorsqu'elle est compliquée, comme cause ou comme effet, d'une altération profonde ou chronique du tissu des plèvres, du péricarde ou du poumon ; elle tire alors toute sa gravité du mode d'altération qu'ont subi ces organes. Toutefois, lorsque la maladie a suivi une marche très-lente, le désordre peut être porté très-loin sans compromettre la vie. Harvey a vu le cœur mis à nu par la destruction du sternum et du péricarde, sans que le malade ait paru en éprouver beaucoup d'incommodité.

*Caractères anatomiques.* Tant que l'affection est encore à l'état d'inflammation, ou lorsque, ayant passé à la carie, elle est superficielle et n'affecte que la face antérieure ou l'un des bords de l'os, les caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux que nous avons fait connaître en parlant de l'ostéite en général ; mais lorsque la carie est profonde, les membranes séreuses qui sont placées derrière l'os, présentent des altérations qu'il est utile de connaître. Elles sont détachées du sternum, épaissies, dures, quelquefois cartilagineuses dans toute l'étendue qui correspond au foyer qu'elles concourent à former. Cette disposition est très-importante ; car elle permet de retrancher toute la partie de l'os qui est malade, sans danger de léser la plèvre ou le péricarde. Cependant il faut savoir que, dans quelques cas rares, ces membranes elles-mêmes sont détruites, et que, lorsque la perte de substance faite à l'os par la maladie ou par l'art, est assez considérable pour permettre d'examiner les parties intérieures, on trouve les poumons et le cœur à nu.

*Traitement.* Le traitement du gonflement inflammatoire, des exostoses, et de la carie superficielle du sternum, ne présente rien de particulier ; c'est celui qui a été exposé plus haut. Il en est à peu près de même lorsque la carie est profonde et ne se fait reconnaître que par des abcès qui paraissent vers l'appendice xyphoïde ou sur les côtes du sternum ; on doit se borner à traiter cet abcès conformément aux préceptes déjà plusieurs fois indiqués. Mais quand la carie a traversé toute l'épaisseur de l'os, ou quand elle affecte un de ses bords, conjointement ou non avec quelques uns des cartilages costaux, on doit, pour peu que la maladie ait d'étendue ou menace de faire des progrès, chercher à la guérir ou à l'arrêter par une opération chirurgicale, qui consiste à pratiquer la *résection* de toute la portion d'os altérée.

Cette opération est rendue facile et exempte de dangers, par la séparation des parties molles d'avec la partie du sternum qui est cariée, laquelle se trouve ainsi complètement isolée. Pour l'exécuter, on commence par mettre à découvert la partie cariée en pratiquant aux tégumens une incision cruciale dont on relève les lambeaux. Si la peau paraissait trop altérée, il faudrait circonscrire toute la portion malade entre deux incisions semi-elliptiques, et écarter ensuite les lèvres de la plaie, pour reconnaître l'étendue du désordre. S'il ne consiste que dans une simple perforation dont les bords sont peu profondément altérés, on les retranche avec un couteau lenticulaire ; lorsque l'affection est très étendue, on cerne toute la pièce

malade avec quelques couronnes de trépan, et on la détache en faisant sauter avec la gouge et le maillet les languettes osseuses qui séparent les ouvertures que l'on a pratiquées; enfin, lorsque la maladie, partant du bord de l'os, s'est étendue à quelques cartilages des côtes, on emporte, avec la partie d'os malade, les cartilages qui sont affectés. On ne doit pas craindre, dans cette opération, d'intéresser l'artère mammaire interne, parce qu'elle a suivi les parties molles et s'est éloignée de l'os et des cartilages; mais dût-on nécessairement l'ouvrir, il n'en faudrait pas moins procéder à l'opération, parce qu'étant mise à découvert par l'ablation de la pièce osseuse, il serait très-facile d'en faire la ligature.

L'opération terminée, on recouvre la plaie d'un linge fenêtré, par dessus lequel on place quelques boulettes de charpie fine, qu'on soutient à l'aide d'une compresse et d'un bandage de corps. Peu à peu les membranes séreuses épaissies, se rapprochent de l'ouverture, et leur face externe se recouvre de bourgeons celluleux et vasculaires, qui viennent se confondre avec ceux que fournit la circonférence de la perforation de l'os. On abaisse alors les lambeaux de peau qu'on a conservés lors de l'opération, afin qu'ils se réunissent au fond de la plaie et concourent à la solidité de la cicatrice. Mais, dans quelques cas, la perte de substance est trop considérable; d'autresfois, les membranes devenues cartilagineuses, sont trop fixées dans le lieu qu'elles occupent, pour que la réunion complète puisse s'opérer; alors les malades conservent au devant de la poitrine une cavité à large ouverture, dont ils n'éprouvent que peu d'incommodités, mais qu'ils sont obligés de tenir fermée par le moyen d'un obturateur.

### De l'ostéite costale.

L'histoire de l'inflammation du tissu des côtes rentre presque en totalité dans celle que nous avons faite de l'ostéite en général. Elle n'offre rien de particulier, ni dans les causes qui la produisent, ni dans les symptômes par lesquels elle s'annonce. Nous dirons seulement que, lorsqu'elle débute par l'extrémité antérieure des côtes, elle se propage presque toujours au cartilage qui en naît, et que, quand elle attaque l'extrémité postérieure de ces os, elle s'étend presque toujours à l'apophyse transverse de la vertèbre, ce qui rend difficile de la distinguer d'une ostéite vertébrale superficielle, dont au reste elle réclame le traitement. Enfin, les moyens par lesquels on doit combattre l'inflammation du tissu des côtes, leurs exostoses et leur carie superficielle, sont les mêmes que ceux par lesquels on combat ces affections dans tous les os, et nous n'en parlerons ici que pour faire connaître quelques particularités relatives aux cas où l'inflammation affectant toute l'épaisseur de l'os s'est terminée par suppuration, et les modifications que ces particularités apportent au traitement. Dans ces cas en effet, la plèvre, détachée de la côte et épaissie, forme la paroi profonde d'un foyer dans le pus duquel baigne l'os isolé; et comme pareille chose à peu près se passe en dehors, il en résulte qu'il est très-facile de mettre à nu toute la portion d'os malade et de la retrancher. Pour faire cette opération, on incise sur l'os, et parallèlement à sa direction, les tissus qui le recouvrent. On détache, à l'aide d'une spatule, du manche d'un scalpel, ou de tout autre instrument analogue, les parties molles qui environnent la portion d'os malade; on passe entre celle-ci et la plèvre une plaque de plomb, ou une lame de bois mince, et on la retranche à l'aide d'une petite scie en rondache, qu'on applique de chaque côté au delà des limites du mal. La même opération convient lorsque la maladie porte partie sur la côte et partie sur le cartilage. On risque peu de blesser l'artère intercostale, soit parce que ce vaisseau suit ordinairement la plèvre et s'éloigne de la côte, soit parce qu'il est détaché en même temps que les autres parties molles par l'action de la spatule dans le premier temps de l'opération; au reste, l'enlèvement de la pièce osseuse en rendrait toujours la ligature facile si elle venait à être lésée. On ne doit pas chercher à obtenir une réunion par adhésion immédiate, parce que les chairs qui environnaient l'os malade étant elles-mêmes altérées, elles ne peuvent se réunir qu'après avoir suppuré. Il faut donc panser la plaie à fond, avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, et des compresses soutenues par un bandage de corps. On ne réapplique les lambeaux que quand toute la surface de la plaie est recouverte de bourgeons de bonne nature.

### De l'ostéite pelvienne.

Le sacrum tout entier, la crête de l'os ilium, ses épines, la tubérosité de l'ischion, sont, à cause de leur structure spongieuse, plus fréquemment envahis par l'inflammation que les autres parties du bassin. La face interne de ces os en est beaucoup plus souvent affectée que leur face externe.

*Causes.* Les causes sont celles que nous avons assignées à l'ostéite en général.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons, pronostic et traitement.* Lorsque la maladie attaque quelque partie du bassin placée superficiellement, comme la face postérieure du sacrum, le sommet des apophyses épineuses, antérieure et supérieure, ou supérieure et postérieure, on pourrait reconnaître le gonflement de la substance de l'os et l'engorgement des parties molles qui le recouvrent, si la douleur n'était en général tellement obtuse, que les malades ne découvrent leur maladie que quand déjà elle est terminée par suppuration, et qu'il existe un abcès dont la présence les gêne et attire ainsi leur attention. La région sacrée ou coxale pour le sacrum, et l'épine iliaque postérieure, la partie interne de la fesse pour la tubérosité ischiatique, l'aine ou la région iliaque, pour l'épine iliaque antérieure et supérieure, sont les points où se forment ordinairement ces abcès. A bien plus forte raison ne reconnaît-on les inflammations beaucoup plus fréquentes des régions intérieures du bassin, que quand des abcès par congestion viennent à la fois manifester l'existence de la maladie et sa terminaison par suppuration. Il faut donc, lorsqu'il se forme vers quelque point de la circonférence du bassin une tumeur à base large,

molle, fluctuante, indolore et sans changement de couleur à la peau, s'informer avec beaucoup de soin si cette tumeur n'a pas été précédée depuis long-temps par une douleur fixe, profonde et obtuse, dont le siége corresponde à quelques uns des points qu'on sait être plus particulièrement de structure spongieuse, afin d'éviter les méprises fâcheuses qui pourraient résulter d'un diagnostic erroné. Les abcès par congestion qui proviennent d'une carie de la face concave du sacrum viennent ordinairement se former à la marge de l'anus, au périnée, ou sur la partie voisine de la fesse; ceux qui viennent d'une carie de la partie interne de la crête iliaque, de son épine, ou de la tubérosité de l'ischion, peuvent fuser jusqu'à la partie interne ou supérieure de la face postérieure de la cuisse. Cette maladie a toute l'importance des caries profondes et des abcès par congestion, et elle réclame le même traitement.

### De l'ostéite articulaire.

L'inflammation des parties des os qui concourent à former les articulations, est le dernier point de départ qu'il nous reste à examiner de cette maladie très-grave des articulations désignée par les auteurs sous les noms divers de *tumeur blanche*, d'*arthrocace*, de *luxation spontanée*, d'*arthrite chronique*, etc. Ce n'est pas que l'inflammation des ligamens, celle des cartilages articulaires, et celles des membranes synoviales, que nous avons déjà décrites, soient, avec celles des tissus spongieux des parties articulaires, les seules causes que les auteurs aient admises comme pouvant amener une luxation spontanée, quelques uns ont au contraire cherché à expliquer l'allongement du membre par une accumulation avec épaississement de la synovie, ou par le gonflement inflammatoire des prétendues glandes synoviales; mais la réalité de la première de ces causes n'est rien moins que prouvée, l'expérience a fait connaître que le gonflement inflammatoire des flocons adipeux qu'on a nommés glandes synoviales, n'est jamais suffisant pour éloigner les surfaces articulaires l'une de l'autre. Il y a peu de temps encore, on pensait généralement que l'augmentation de longueur et le changement de direction que le membre éprouve étaient dus constamment à l'augmentation d'épaisseur des cartilages articulaires qui tapissent les cavités de réception. J.-Nep. Rust pense au contraire que ces phénomènes sont toujours le résultat de l'inflammation centrale de la tête articulaire des os. Pour nous, la luxation n'est qu'un accident, un symptôme qui survient, lorsque, d'une part, les surfaces osseuses ne sont plus en rapport de forme, comme par exemple, lorsque la cavité articulaire est remplie, ou que la tête est devenue trop volumineuse pour continuer d'y être reçue; et d'autre part, quand les ligamens sont ramollis. Que l'inflammation ait commencé par la membrane synoviale, ou par les liens fibreux de l'articulation, pour se communiquer aux cartilages et aux os, ou qu'elle ait d'abord envahi les cartilages pour s'étendre aux ligamens, les conséquences sont à peu près les mêmes, lorsque toutes les parties qui concourent à l'articulation sont en même temps gonflées et ramollies; seulement, dans le premier cas, les symptômes de la synovite ou de l'arthrite chronique précèdent de long-temps l'allongement du membre, qui est toujours le premier indice de la tendance des pièces de l'articulation à se déplacer, tandis que, dans le second, cet allongement précède de plus ou moins long-temps les symptômes de synovite et d'arthrite.

Nous avons déjà décrit ces deux dernières affections, ainsi que la chondrite articulaire; nous allons faire connaître, d'après Rust (1), la marche de l'inflammation, qui commence par le centre des parties des os qui concourent aux articulations. Cet auteur pense que les éminences articulaires sont à peu près exclusivement le siége primitif de la maladie, et que ce n'est que consécutivement que les cavités où elles sont reçues, ainsi que les cartilages et les ligamens, sont affectées. Quelle que soit la validité de son opinion, que nous n'avons pas été à même de vérifier, il a décrit avec beaucoup plus d'exactitude qu'on ne l'avait fait avant lui cette maladie qu'il appelle arthrocace en général, non seulement dans l'articulation coxo-fémorale, la seule où les auteurs l'aient presque observée, mais encore dans toutes les articulations.

*Causes.* Les causes sont celles de l'ostéite en général: les irritations scrofuleuse, syphilitique, arthritique, rhumatismale; la répercussion des maladies exanthémateuses de la peau, une contusion, une entorse, etc.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic.* Souvent le malade n'éprouve au début qu'un sentiment de faiblesse du membre, qui ne lui permet de le mouvoir qu'avec difficulté, et l'engage à l'aider de l'une de ses mains dans les mouvemens qu'il exécute; mais dans ces cas, même, si l'articulation vient à être fortement ébranlée, il se manifeste une douleur très-vive. Quelquefois la douleur se fait sentir seulement dans certains mouvemens de l'articulation; d'autres fois, enfin, la douleur est continue dès le début de la maladie. Une circonstance très-remarquable, c'est que, quand la maladie attaque un os long, il se développe presque toujours, dans l'extrémité opposée à celle qui est affectée, une douleur sympathique qui détourne l'attention du malade du véritable siége du mal; c'est dans le genou que se font sentir pendant long-temps les premières et les plus fortes douleurs occasionnées par une inflammation centrale de la tête du fémur; c'est dans le coude qu'on ressent celles qui accompagnent le début de la même affection de la tête de l'humérus, etc. Ces symptômes sont ceux de la première période de la maladie. Presque en même temps, lorsque celle-ci affecte un membre, et qu'on le compare attentivement avec celui du côté opposé, on s'aperçoit qu'il est allongé, parce que la tête de l'os gonflée sort de la cavité destinée à la recevoir. Le mal est alors arrivé à la seconde période. Il peut guérir par la résolution de l'inflammation. Mais presque toujours il continue à faire des pro-

(1) *Artrokakologie*; Vienne, 1817, in-4. avec planches; ouvrage écrit en allemand. Voyez l'excellente analyse qu'en a donnée M. Jourdan, dans le tom. I du *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales.*

grès ; les ligamens ramollis permettent aux surfaces articulaires de se mouvoir l'une sur l'autre dans le sens où ils sont placés pour en borner les mouvemens, et la maladie passe à sa troisième période lorsque l'action musculaire, le poids des parties, ou une cause externe vient à produire, soit lentement, soit tout à coup, l'abandon complet des surfaces articulaires ou *la luxation spontanée.*

Dans quelques cas très-heureux, mais extrêmement rares, on a vu, dit-on, l'irritation s'apaiser, le gonflement cesser, les parties articulaires reprendre leurs rapports naturels, et les ligamens se raffermir. Nous n'avons jamais été témoins d'un semblable succès et nous avouons qu'il nous serait difficile de l'expliquer. D'autres fois, et ces cas ne doivent pas être regardés comme malheureux, on voit, mais rarement, les symptômes inflammatoires céder après que la luxation est opérée, et une fausse articulation susceptible de mouvemens se produire entre la tête de l'os luxé et le point de l'os correspondant sur lequel elle est venue s'appuyer. Mais le plus souvent il se manifeste une nouvelle série de symptômes qui caractérise une dernière période de la maladie. La douleur, d'abord calmée, après que la luxation est produite, se réveille plus vive, plus continue que jamais ; de vastes foyers purulens communiquant avec l'articulation malade se forment, et se vident à l'extérieur par une ou plusieurs ouvertures qui deviennent alors fistuleuses. Le pus s'altère, et prend les caractères de celui qui provient de la carie des os. Un stylet introduit par ces ouvertures, lorsqu'elles ne sont pas trop éloignées des parties malades, pénètre jusque dans l'articulation, dont il trouve toutes les parties usées et corrodées; le frottement réciproque des parties articulaires fait entendre une sorte de crépitation, signe non équivoque de l'usure des cartilages. Les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent, et tous les accidens de l'épuisement et du marasme se prononcent. Quelquefois on voit encore les accidens se calmer, la suppuration tarir peu à peu, et la guérison s'opérer par la soudure mutuelle des os déplacés dans les nouveaux rapports où ils se trouvent ; mais ordinairement la maladie s'aggrave de plus en plus, et les malades succombent dans le marasme.

Telle est la marche la plus commune de la maladie, mais dans quelques cas, cette marche est intervertie. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit la suppuration des parties molles et des cartilages et la carie des os précéder dans quelques cas le déplacement des extrémités articulaires; dans quelques autres cas aussi, toutes les parties qui composent l'articulation se trouvent détruites, sans que jamais il survienne de déplacement; mais en saisissant de chaque main l'un des os articulés, en les faisant mouvoir en sens opposé, il est facile de voir, au relâchement des liens qui les unissent, que toutes les conditions nécessaires au déplacement existent, et que, s'il ne s'opère pas, cela tient à des circonstances tout-à-fait fortuites. La durée de la maladie n'est pas à beaucoup près toujours la même : chez les sujets jeunes et surtout scrofuleux, quelques semaines suffisent pour que l'exarticulation de l'os soit opérée et les abcès manifestes ; dans d'autres cas, la marche de la maladie est beaucoup plus lente, et ce n'est qu'après plusieurs mois et quelquefois plus d'une année, que la carie articulaire se déclare; et celle-ci n'amène la consomption et la mort qu'après avoir elle-même duré plusieurs mois. Quant aux terminaisons et au pronostic, il résulte de ce que nous avons dit, qu'à toutes les périodes, la maladie est susceptible de guérison ; mais que les chances favorables diminuent dans une proportion très-rapide, à mesure que la maladie passe de la période d'invasion à la période d'exarticulation, et de celle-ci à la suppuration et à la carie. Difficile à faire rétrograder lorsqu'il ne fait que commencer, le mal devient presque impossible à arrêter quand la suppuration est établie ; et lorsque l'exarticulation a eu lieu, non-seulement il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison rare, mais en général il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison accompagnée de la soudure des os ou de l'immobilité des pièces déplacées. Les cas où il se forme des articulations anormales sont si rares qu'il n'est jamais raisonnable d'y compter. Toutefois, l'âge et la constitution des sujets influent beaucoup sur la marche ultérieure de la maladie, et sur le pronostic qu'on en doit porter. Toutes choses égales d'ailleurs, l'arthrocace qui survient chez un sujet scrofuleux est beaucoup plus rebelle et a une disposition bien plus grande à se terminer par suppuration. Chez les sujets jeunes et vigoureux, la succession des différens ordres de symptômes est plus rapide ; mais il y a beaucoup plus d'espoir de guérison que chez les sujets vieux ou épuisés.

*Caractères anatomiques.* Il est rare qu'on puisse examiner l'état des parties quand la maladie n'est encore qu'à sa première, à sa seconde, et même à sa troisième période ; on ne peut le faire que dans le cas où le sujet est mort d'une maladie étrangère à celle de l'articulation. Cependant voici ce qu'on observe, suivant Rust. Dans le début de la maladie, on trouve la tête articulaire plus volumineuse que dans l'état normal, et sortant de la cavité destinée à la recevoir, laquelle ne peut plus la contenir : le centre de cette éminence est injecté, ramolli, et présente des traces évidentes de l'inflammation, que cet auteur pense débuter toujours par le tissu membraneux médullaire qui revêt les cellules spongieuses de l'os. Nous ajouterons, d'après un assez bon nombre d'auteurs, que quelquefois la tête articulaire n'a pas changé de volume, mais que c'est la cavité de réception qui se trouve remplie par le gonflement de l'os qui la supporte, ou par celui du cartilage qui la revêt. Quand l'exarticulation est opérée depuis long-temps, et qu'il s'est formé une articulation anormale, on trouve la cavité articulaire abandonnée, rétrécie et effacée; la tête de l'os, ordinairement rapetissée, quelquefois aplatie et presque toujours déformée, repose sur une cavité de nouvelle formation, irrégulière, peu profonde, et tapissée par un cartilage mince ; tandis que les muscles environnans, le tissu cellulaire, les tendons, amincis et transformés en un tissu fibro cellulaire, forment une capsule articulaire qui, se portant d'un os à l'autre, affermit les deux pièces de l'articulation anormale. Lorsque les partie affectées sont en suppuration, on trouve

tous les caractères que nous avons assignés à la carie; les cartilages, les extrémités des os, et quelquefois les cavités articulaires, détruits, baignés de pus; les ligamens ramollis; les parties molles environnantes mollasses, grisâtres et fongueuses; et si les abcès se sont ouverts, des trajets fistuleux faisant communiquer le foyer principal avec l'extérieur. Enfin, si après la carie il se forme une soudure, et que la suppuration ait cessé depuis long-temps, on trouve les extrémités articulaires unies par un cal volumineux et irrégulier, dans lequel sont souvent confondus les organes fibreux et musculaires environnans.

*Traitement.* Tant que la maladie n'est pas passée à l'état de suppuration, le traitement qui lui est applicable ne diffère de celui de l'ostéite en général que par l'énergie avec laquelle on doit l'administrer, en raison de la rapidité plus grande que partout ailleurs, avec laquelle l'inflammation marche dans les parties articulaires des os. Ainsi, le repos le plus complet de l'article, des saignées locales abondantes et réitérées, des bains, des cataplasmes émolliens, le régime des inflammations en forment les moyens principaux. Ces moyens doivent être employés avec énergie et persévérance jusqu'à ce que l'inflammation soit maîtrisée et la douleur calmée. Lorsqu'ils sont employés à temps et convenablement, ils suffisent seuls pour faire dégonfler les os, et pour ramener le membre allongé à sa longueur naturelle. Dans tous les cas, on n'en doit cesser l'usage que quand ils ont fait disparaître la douleur, et qu'on s'est assuré, en persévérant suffisamment dans leur emploi, qu'on n'en peut plus rien obtenir. Alors on les remplace par les révulsifs appliqués à la peau ou au tissu cellulaire sous-cutané, parmi lesquels les vésicatoires volans, promenés en grand nombre et successivement autour de l'articulation malade, les moxas appliqués sur les centres principaux de l'engorgement, ou le plus près possible de l'articulation, et surtout les sétons qu'on passe dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du siége du mal, tiennent le premier rang. Ce n'est pas que les frictions mercurielles, que Bell administrait deux ou trois fois par jour à doses assez faibles pour ne pas provoquer la salivation; ce n'est pas non plus que les linimens volatils ou camphrés, ceux qui sont faits avec un mélange de savon noir et d'eau-de-vie camphrée, que la pommade d'Autenrieth, les sinapismes, les douches et les bains sulfureux ou autres; les frictions sèches faites avec une flanelle imprégnée de vapeurs de succin, etc.; l'emplâtre d'onguent styrax saupoudré de fleurs de soufre, les cataplasmes de racine de bryone râpée et cuite dans du lait, l'application constante de sachets remplis de tan pulvérisé mêlé à une certaine quantité de muriate d'ammoniaque et de chaux éteinte, etc., conseillés par la plupart des auteurs, ne puissent avoir des avantages lorsque l'inflammation a perdu son acuité; mais l'efficacité de ces moyens tient en grande partie à l'irritation qu'ils produisent sur la peau, et sous ces rapport ils doivent le céder complètement aux vésicatoires, aux moxas et au séton.

Lorsque la maladie attaque un sujet robuste, le traitement qui vient d'être décrit est le seul qui convienne; mais lorsque le malade est en même temps atteint de scrofules, ou de syphilis, ou de scorbut, il faut y joindre l'usage interne des remèdes propres à détruire ces affections. Seulement on ne doit, en général, administrer de traitement interne que quand les symptômes inflammatoires locaux ont disparu, c'est-à-dire à peu près en même temps qu'on applique les révulsifs à l'extérieur, parce que, la plupart des remèdes qui composent le traitement des scrofules, de la syphilis et du scorbut étant excitans, ils sont contre-indiqués tant qu'il existe une inflammation locale intense.

Lorsque la luxation spontanée est opérée, c'est encore de la même manière qu'on doit attaquer le mal, c'est-à-dire par les saignées locales et les émolliens d'abord, et par les révulsifs lorsqu'il n'y a plus de douleur; ces moyens n'ont pas ordinairement pour effet d'opérer la réduction des os luxés, mais ils empêchent la terminaison par suppuration, et favorisent la formation d'une articulation anormale ou d'une ankylose. Comme on doit supposer que le membre s'ankylosera, on le placera dans la position la plus favorable au genre de service qu'il est destiné à rendre, afin qu'il s'y soude. Lorsque déjà il existe des abcès, que la luxation soit opérée ou non, on peut encore attaquer le mal par des saignées locales, mais ce n'est plus alors que dans le but de diminuer l'excitation générale et locale: aussi ne doit-on point trop insister sur l'emploi de ce moyen, qui affaiblirait inutilement le malade. On doit aussi, lorsque les saignées ont calmé les symptômes généraux ou locaux d'excitation, appliquer aux environs de l'articulation malade un ou deux cautères, dont on entretient la suppuration, parce que ces moyens dérivatifs peuvent contribuer à borner les progrès de la maladie. Mais il est inutile de multiplier les vésicatoires, les moxas, etc., puisqu'on n'en peut plus attendre une guérison complète, et que surtout l'excitation qu'ils provoquent pourrait produire un effet contraire à celui qu'on en attend, en ajoutant à celle qu'on veut détruire, et qui est toujours disposée à se réveiller ou à s'exaspérer à l'époque où l'inflammation passe à la suppuration. On insiste sur les émolliens et le repos.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur la conduite qu'il convient de tenir lorsque des abcès se forment, et que la fluctuation est manifeste; quelques uns pratiquent une ponction aussitôt qu'ils reconnaissent la fluctuation, après quoi ils font cicatriser la plaie, et renouvellent cette opération toutes les fois que la collection reparaît. Mais il s'en faut de beaucoup que cette pratique ait ici les avantages qu'elle offre dans le traitement des abcès par congestion; l'irritation inévitable apportée par cette légère opération a presque toujours pour effet l'inflammation générale de la membrane synoviale, et par conséquent l'exaspération de tous les symptômes, surtout lorsque les parties qu'il faut traverser pour arriver à la cavité articulaire étant elles-mêmes altérées et peu disposées à se réunir, comme cela a souvent lieu, l'ouverture reste béante, et permet à l'air de s'introduire dans l'intérieur du foyer. Aussi d'autres praticiens, également recommandables, et parmi lesquels nous pouvons citer Nep. Rust, veulent-ils qu'on

incise de bonne heure et largement les abcès, afin de procurer au pus un libre écoulement, et d'éviter les inconvéniens de sa stagnation dans un foyer où il est presque inévitablement altéré par la présence de l'air. D'autres, fondés sur ce que ces opérations provoquent très-souvent une recrudescence des symptômes d'excitation, et une accélération dans la marche de la maladie, laissent ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes, retardant ainsi autant que possible l'introduction de l'air dans le foyer, et le développement des accidens locaux et sympathiques dépendans de l'irritation qu'il provoque.

Ces diverses pratiques comptent des succès, et par conséquent des partisans; mais quelle que soit celle qu'on adopte, il arrive presque toujours, après l'ouverture artificielle ou spontanée des abcès, que l'inflammation se renouvelle; que les sympathies du cœur et de l'estomac se réveillent, et que, la carie faisant des progrès plus rapides, le malade tombe bientôt dans l'épuisement et le marasme. L'étendue de la maladie, la disposition des os affectés, l'importance et la sensibilité des tissus divers qui concourent à former l'articulation, ne permettent pas d'employer contre la carie le cautère actuel, et il ne reste alors d'autres ressources que l'ablation des parties malades. C'est pour cela que quelques chirurgiens, considérant à quel prix les malades, lorsqu'ils viennent à guérir, achètent un membre presque toujours déformé, raide et ankylosé, pensent qu'aussitôt qu'il est manifeste que l'inflammation des parties articulaires des os est passée à la suppuration, il faut, sans perdre un temps précieux, retrancher les parties d'os cariées. On peut le faire, soit en amputant le membre, soit en pratiquant la résection des extrémités articulaires malades. Cette dernière opération qui consiste à ouvrir l'articulation, à faire saillir l'une après l'autre les extrémités des os qui concourent à la former, et à les retrancher d'un trait de scie, puis à mettre en contact l'os supérieur avec l'os inférieur, et à panser ensuite le membre comme s'il était affecté de fracture avec plaie. Cette opération lorsqu'elle réussit, a de grands avantages sur l'amputation. En effet, comme la plupart des articulations où on la pratique sont sous-cutanées, et qu'on dispose toujours les incisions de manière à ménager les gros troncs vasculaires et nerveux, il en résulte qu'elle est à la fois peu douloureuse et exempte de dangers, puisque la peau, quelques ligamens et les os, sont à peu près les seules parties intéressées; et elle donne la facilité de conserver le membre, qui, bien que raccourci et souvent ankylosé, n'en est pas moins propre à remplir divers usages importans.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette opération soit toujours couronnée de succès, parce qu'on attend en général pour la pratiquer que toute espérance de guérison spontanée soit tout-à-fait perdue. Alors les chairs qui environnent les os sont grisâtres, blafardes, fongueuses et peu disposées à se réunir, et la suppuration qu'elles fournissent, baignant incessamment les extrémités des os, s'oppose à tout travail de réunion entre elles. Le pus continue donc à couler en aussi grande abondance et avec les mêmes caractères après l'opération qu'avant, et on voit les accidens reparaître et nécessiter l'amputation du membre. Il est donc très-important de ne pas attendre, pour pratiquer l'opération, que des trajets fistuleux aient trop altéré les parties molles et aminci la peau. En général, il est temps d'opérer lorsque la présence du pus commence à se faire reconnaître dans l'articulation, que les ligamens ramollis ne maintiennent plus solidement les parties osseuses qui y concourent, que, en saisissant avec les mains le membre au dessus et au dessous de l'article, on en peut faire mouvoir les deux parties horizontalement l'une sur l'autre, et que le frottement qui a lieu pendant ce mouvement entre les surfaces articulaires est accompagné de crépitation, indice de l'usure de leur substance et de la perte de leur poli. Mais dans beaucoup de cas encore, malgré les soins les plus éclairés, on ne peut obtenir la guérison; c'est pour cela que beaucoup de chirurgiens préfèrent l'amputation du membre, qui ne nous paraît devoir être tentée qu'après que la résection des os a échoué.

La forme différente des articulations, leur étendue, leur siége, leur importance, apportent, soit dans les symptômes qui accompagnent l'arthrocace, soit dans les suites qu'elle peut avoir, soit dans les procédés opératoires que leur traitement peut exiger, des modifications importantes, qui nous mettent dans la nécessité de décrire rapidement cette maladie, en la considérant dans les principales articulations.

L'inflammation des articulations vertébrales (*spondylarthrocace*, Rust), affecte le plus ordinairement l'articulation de l'atlas avec l'axis; quelquefois cependant on l'observe dans celle de l'occipital avec l'atlas, très-rarement dans les articulations des autres vertèbres cervicales entre elles, et presque jamais dans celles des vertèbres dorsales ou lombaires.

C'est ordinairement à la suite de la chute de quelques corps graves sur la tête que se développe l'inflammation des parties osseuses qui concourent à l'articulation de l'occipital avec l'atlas; il paraît que le premier de ces os est plus souvent affecté primitivement que le second. Les symptômes qui l'accompagnent dans la première période de son développement sont fort obscurs; ils se bornent à une douleur vague dans la partie supérieure du pharynx, ou dans la profondeur de la région sous-occipitale. Dans la seconde période, la tête exécute peu à peu un mouvement de bascule peu marqué, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit latéralement, selon que les deux condyles sont affectés dans leur partie postérieure, dans leur partie antérieure, ou que l'un des deux seulement augmente de volume. Dans la troisième période, l'occipital glisse peu à peu sur les masses latérales de la première vertèbre; si ce mouvement de locomotion s'exécute d'arrière en avant, le menton semble allongé, et l'occiput raccourci; si c'est d'avant en arrière, le menton se rapproche du cou, et l'occiput paraît allongé; si c'est d'un côté à l'autre, la tête s'incline plus ou moins fortement d'un côté; mais ce qui distingue cette maladie de celle qui a son siége dans l'articulation des deux premières vertèbres entre elles, c'est que les mouvemens laté-

raux de la tête sont conservés; de quelque côté qu'elle se porte, un engorgement profond se manifeste dans la région sous-occipitale, et la pression y devient douloureuse; souvent aussi il survient une gêne plus ou moins considérable dans la déglutition, parce que la tuméfaction se prononce vers la partie la plus supérieure de la paroi postérieure du pharynx. En même temps que la tête se déplace, la moelle épinière se trouve comprimée à son entrée dans le canal vertébral, et les mouvemens volontaires de tout le corps, y compris ceux de la respiration, deviennent ordinairement de plus en plus difficiles ou même impossibles. Cependant, quand la maladie marche avec lenteur, le rétrécissement du canal, et par conséquent la compression de la moelle vertébrale, peuvent être portés très-loin sans qu'il en résulte beaucoup de difficulté dans les mouvemens.

Quelquefois les malades guérissent dans la position qui vient d'être décrite; mais le plus souvent la maladie fait des progrès, et passe à la quatrième période : alors la suppuration s'établit; les abcès se font jour, soit dans le pharynx, soit sur les parties latérales supérieures ou postérieures et supérieures du cou. Si le malade est bien constitué, on voit encore, dans quelques cas heureux, la suppuration tarir peu à peu, et les malades guérir en conservant la tête déviée; mais ordinairement la gêne des mouvemens augmente de plus en plus, et comme le lieu où la moelle est comprimée est supérieur à l'origine des nerfs diaphragmatiques, le sujet ne tarde pas à périr d'asphyxie, avant même que le pus se soit fait jour au dehors.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la première vertèbre avec la seconde, le malade commence par éprouver dans la partie supérieure de la région cervicale une douleur profonde, plus forte pendant la nuit que le jour, et qui devient très-vive pendant les mouvemens de rotation de la tête. Cette douleur augmente aussi lorsqu'on presse fortement la région postérieure et supérieure du cou, lorsque le malade avale de gros morceaux, lorsqu'il fait de profondes inspirations. Peu à peu ces accidens augmentent si l'on n'y porte pas promptement remède; les douleurs se concentrent rapidement à la région occipitale; elles deviennent insupportables dès le moindre mouvement de la tête, qui se penche sur l'épaule opposée au côté où le mal s'est d'abord développé, par l'effet de l'augmentation de volume de l'apophyse articulaire. A cette époque, il arrive assez souvent que la position du malade semble s'améliorer, les douleurs diminuent, et les mouvemens reprennent un peu de liberté, mais cette amélioration n'est pas durable; les accidens ne tardent pas à se renouveler : la tête s'incline en arrière et du côté opposé à celui où elle s'était d'abord portée, parce que la carie détruit l'articulation, et que l'atlas perd son soutien de ce côté; le malade ne peut plus la mouvoir sans le soutien de ses deux mains; toutes les positions lui deviennent insupportables; les membres se paralysent; les accidens colliquatifs se déclarent, et la mort survient presque toujours d'une manière brusque et inopinée pendant quelques mouvemens de la tête, ou bien le malade périt d'asphyxie.

Dans beaucoup de cas, l'articulation de la première vertèbre avec l'occipital se trouve compromise en même temps que son articulation avec l'axis. Les symptômes se composent de tous ceux que nous avons indiqués pour ces deux maladies en particulier. Les altérations pathologiques qu'on rencontre à l'ouverture des corps sont alors très-variées : quelquefois l'occipital seul s'est déplacé; d'autres fois, c'est la première vertèbre qui paraît s'être dérangée seule et avoir glissé entre l'occipital et la seconde vertèbre. Quelquefois les parties se sont consolidées dans la position nouvelle qu'elles ont prise, et l'on trouve de grandes ossifications qui s'étendent de l'occipital à la première, à la seconde, et même à la troisième vertèbre. Dans tous ces cas, le canal vertébral est fortement rétréci, et la moelle épinière serrée, étranglée et presque coupée, est ordinairement enflammée et ramollie au point correspondant, à moins que l'affection ne soit très-ancienne. La maladie peut également se développer dans les apophyses articulaires de toutes les vertèbres; il est remarquable cependant qu'elle s'établit plus fréquemment dans la région cervicale qu'ailleurs; tandis que, comme nous l'avons dit, l'inflammation centrale du corps de l'os attaque plus spécialement les vertèbres lombaires et dorsales. Au reste, les symptômes de ces deux affections sont tellement semblables, qu'il est à peu près impossible de distinguer la spondylarthrocace de la variété de vertébrite non accompagnée de gibbosité considérable. Le traitement de l'inflammation des apophyses articulaires des vertèbres, en quelque articulation qu'elle se développe, est absolument le même que celui de l'ostéite vertébrale.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la clavicule avec le sternum (*cléidarthrocace*, Rust), elle est des plus faciles à reconnaître. C'est en haut et en avant que s'opère le déplacement. Elle ne compromet pas la vie du sujet. On ne pratique jamais la résection ni l'amputation de l'os.

Quand elle attaque l'articulation scapulo-humérale (*omarthrocace*, Rust), c'est souvent à l'occasion d'un violent tiraillement de l'articulation qu'elle se développe, et cependant il paraît que c'est par la tête de l'humérus qu'elle débute ordinairement. La douleur locale caractéristique de la première période est très-vive, et augmente non-seulement par les mouvemens du bras, mais aussi par ceux de l'avant-bras; celui-ci éprouve un sentiment de lassitude très-marqué. Dans la seconde période, le gonflement de la tête de l'humérus est très-apparent; la douleur, sans quitter l'articulation malade, se fait sentir quelquefois très vivement dans le coude; le membre maigrit et s'allonge; le deltoïde s'aplatit et paraît fortement tendu de haut en bas; l'aisselle se remplit : le coude, plus bas que celui du côté opposé, reste écarté du corps, sans qu'on puisse l'en rapprocher. Dans la troisième période, le membre se raccourcit tout à coup; le coude est dirigé en arrière et en dehors; l'épaule est aplatie, et la tête de l'humérus vient faire saillie au dessous de la clavicule. Pendant la quatrième période, les abcès se font jour vers l'aisselle ou vers la partie antérieure de l'articulation. On a vu dans quelques cas les côtes s'enflammer, se carier, et un

épanchement mortel se faire dans la poitrine. Cette maladie, très-grave, compromet toujours la vie du sujet; elle peut, après que le déplacement est opéré, guérir par la formation d'une articulation anormale. C'est en devant et en arrière de l'articulation, et sous l'aisselle qu'on applique les sangsues destinées à faire les saignées locales; c'est en devant et en arrière seulement qu'on applique les vésicatoires et les moxas. Lorsque toutes les ressources de l'art sont épuisées, on peut pratiquer l'amputation du membre dans l'article, ou faire la résection de la tête de l'humérus, si l'état des parties molles le permet. (Voyez *Moyens thérapeutiques des solutions de continuité.*)

Quand la maladie affecte l'articulation du coude (*olécranarthrocace*, Rust), elle commence quelquefois par la tête du radius. La douleur est alors fixe en dehors de la partie supérieure de l'avant-bras, et elle augmente dans les mouvemens de rotation de la main; mais souvent c'est l'extrémité inférieure de l'humérus qui est affectée primitivement. C'est sur les côtés de l'olécrane que commence alors la tuméfaction. Le membre a une tendance marquée à la flexion; dans les derniers degrés de la maladie, il reste immobile dans cette position; et tandis que toute l'articulation est gonflée, le bras et l'avant-bras sont frappés d'un amaigrissement très-marqué. Cette maladie entraîne rarement la mort, quoique assez souvent les fistules restent intarissables. Il se forme fréquemment une ankylose du coude. C'est sur les côtés de l'articulation qu'il faut appliquer les sangsues, les vésicatoires et les moxas. Dans les cas où elle devient la source d'accidens colliquatifs, on pratique ordinairement l'amputation dans la continuité du membre et presque jamais dans l'article; on peut aussi faire la résection des os qui composent l'articulation.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation du poignet (*chéirarthrocace*, Rust), c'est souvent par les os du tarse qu'elle commence. La douleur se fait sentir tantôt vers un point, tantôt vers un autre. Dès le début, le poignet se gonfle vers sa face dorsale, et la main se fléchit sur l'avant-bras. Cette flexion augmente dans la seconde période; et dans la troisième, les os de l'avant-bras, et surtout le cubitus, font saillie en arrière. Quand la carie se développe, c'est surtout dans les os du tarse qu'elle fait des ravages. Il est très rare que cette maladie, une fois arrivée à sa quatrième période, guérisse. Presque toujours l'inflammation s'étend des os de la première rangée du tarse à ceux de la seconde, et des fistules intarissables et nombreuses sont la suite de cette extension du mal. Cependant, malgré son étendue, il est rare que la carie du tarse et du poignet compromette les jours du malade; mais elle entretient le corps dans un état de maigreur et d'excitation habituelles qui forcent, lorsque toutes les autres ressources sont épuisées, à recourir à une opération chirurgicale. La nécessité où l'on serait de couper les tendons fléchisseurs ou extenseurs pour ouvrir l'articulation, le petit volume et la structure spongieuse des os du tarse, qui font que ces os sont toujours affectés dans toute leur épaisseur, et ne peuvent point être enlevés partiellement, rendent inutile ou impossible l'opération de la résection des surfaces articulaires, et c'est à l'amputation dans l'article ou dans la continuité de l'avant-bras qu'il faut avoir recours.

Quand la maladie a son siége isolément dans l'un ou l'autre des os du métacarpe, on peut l'enlever en sacrifiant le doigt correspondant. La même opération peut être pratiquée lorsque l'articulation métacarpo-phalangienne est le siége du mal; c'est au contraire dans cette dernière qu'on ampute le doigt, lorsque la maladie siége dans l'articulation phalango-phalangienne, et ainsi de suite. Nous verrons, en parlant des amputations, quelles sont les autres opérations de ce genre qu'on a conseillé de faire partiellement sur la main.

L'inflammation de l'articulation de la hanche est une de celles que les auteurs ont le mieux décrites; c'est elle qu'ils ont désignée sous les noms de *coxalgie*, de *luxation spontanée du fémur*, de *coxarthrocace* (Rust). Elle n'a point de causes spéciales. Pendant la première période, la douleur paraît et disparaît alternativement; la faiblesse de la cuisse est très-marquée, et elle est accompagnée d'un sentiment de tension dans l'aine et de claudication; cette période ne dure quelquefois que quelques jours; d'autres fois, elle dure plusieurs mois et même plusieurs années. Dans la seconde, le membre est allongé et amaigri, le grand trochanter est placé plus bas et plus en dehors que celui du côté opposé, la fesse est aplatie, et son sillon est plus profond; le malade marche en *fauchant*, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied un demi-cercle en dehors, et sans l'éloigner du sol; il aide souvent le membre de la main correspondante. Il se déclare en même temps dans le genou une douleur très-vive, et quelquefois assez forte pour détourner de la maladie principale l'attention d'un chirurgien peu exercé: dans quelques cas, cette douleur est accompagnée d'un gonflement notable. La troisième période est caractérisée par un racourcissement lent ou brusque, mais toujours considérable du membre. La luxation est complète comme à l'épaule, et elle s'opère en haut et en dehors. La tête du fémur sortant par le côté supérieur et postérieur de la cavité cotyloïde, et entraînée par les muscles fessiers, glisse d'avant en arrière et de dehors en dedans, sur la face convexe de l'os des îles. La cuisse est fléchie et tournée dans une forte rotation en dedans; le grand trochanter est remonté et rapproché de la crête de l'os des îles; les muscles fessiers sont soulevés par la tête du fémur, et la fesse est arrondie et prolongée en arrière en forme de cône. Dans quelques cas heureux, surtout lorsque le sujet est jeune et bien constitué, et que la maladie provient d'une cause mécanique, la douleur locale et la gonalgie cessent, le gonflement diminue peu à peu, et, toutefois au bout d'un temps toujours assez long, le malade peut s'appuyer sur le membre raccourci et dévié, mais conservant une partie de ses mouvemens. Il s'est alors formé une articulation anormale entre la tête du fémur et la face externe de l'os des îles. Quelques personnes citent même des cas plus heureux: des membres raccourcis depuis peu de temps auraient été ramenés à leur état na-

turel par les saignées locales et les révulsifs. Nous avons déjà dit que de pareils faits nous paraissent tout-à-fait impossibles à expliquer. Dans quelques cas aussi, mais rarement, on voit la luxation se faire en bas et en dedans sur le trou sous-pubien ; le membre est alors allongé et dévié en dehors. Nous l'avons vue s'opérer en haut et en avant. Après ces dernières espèces de luxation, il peut également se former une fausse articulation; mais le plus souvent, quel que soit le sens dans lequel le déplacement s'est opéré, les douleurs locales et sympathiques reparaissent avec plus d'intensité; les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent ou s'exaspèrent; des abcès se forment dans l'épaisseur de la fesse ou à la partie supérieure et interne de la cuisse; des taches livides apparaissent aux tégumens qui se perforent, et les ouvertures se transforment en orifices fistuleux. Si le malade guérit alors, ce n'est qu'après de longues douleurs et beaucoup de dangers, et en conservant une ankylose; dans les cas les plus nombreux, il succombe épuisé par les accidents colliquatifs.

C'est surtout en arrière, et en devant de l'articulation qu'on doit appliquer les sangsues dans cette maladie; c'est sur le grand trochanter, au-dessus, en arrière, au-devant de lui, qu'on promène les vésicatoires volans, et qu'on applique les moxas et les sétons. On peut, lorsque la vie du malade est mise en danger, pratiquer l'amputation du membre dans l'article; mais cette opération grave offre moins de chances de succès à la hanche qu'à l'épaule, non-seulement à cause de l'énorme étendue de la peau, mais encore parce qu'il est impossible de retrancher la cavité cotyloïde lorsqu'elle est elle-même cariée, tandis qu'il n'est pas très-difficile d'enlever l'angle antérieur de l'omoplate, et par conséquent la cavité glénoïde, lorsqu'elle participe à la maladie de la tête de l'humérus et des autres parties articulaires. La grande épaisseur des chairs qui environnent de toutes parts l'articulation coxo-fémorale, rend tout-à-fait impossible la résection de la tête du fémur.

L'inflammation de l'articulation du genou, *tumeur blanche*, *gonalgie*, *gonarthrocace*, l'une des plus communes est, en quelque sorte, celle que presque tous les auteurs donnent comme le type de ce qu'ils ont appelé tumeur blanche des articulations. La période d'invasion débute quelquefois par un gonflement brusque qui a lieu pendant la nuit, gonflement quelquefois indolent, plus souvent douloureux; d'autres fois, c'est une douleur vive sans gonflement; dans presque tous les cas, il y a flexion forcée et constante de la jambe sur la cuisse, avec contraction des muscles fléchisseurs, et impossibilité d'obtenir des malades qu'ils étendent leur membre, tant est vive l'appréhension de la douleur. Dans la deuxième période, la douleur diminue, mais l'articulation se gonfle généralement; les extrémités articulaires, et surtout les condyles du fémur, augmentent sensiblement de volume, et dans l'état de flexion du membre, ils font une saillie remarquable en avant. Quelquefois cependant c'est un seul des condyles, d'autres fois c'est le tibia qui est gonflé. La largeur des surfaces articulaires ne permet à la luxation de se faire complètement que dans un très-petit nombre de cas, lorsque le mal est parvenu à sa troisième période. Dans quelques cas cependant, le tibia se luxe complètement en arrière; d'autres fois, il se porte en dedans ou en dehors, selon que la maladie affecte un seul ou les deux condyles de l'un ou l'autre os. La maladie peut alors se terminer par résolution, mais le membre reste dans la flexion; et quoiqu'il ne soit pas ankylosé, les mouvemens qu'il exécute sont si obscurs, qu'ils ne peuvent concourir en rien à ses usages. Dans ce cas, il ne se forme pas, à proprement parler, une pseudo-articulation; la portion de surface articulaire abandonnée perd son poli et disparaît, tandis qu'elle semble s'être étendue du côté où l'os déplacé s'est porté. Lorsque la maladie passe à la quatrième période, les malades peuvent encore guérir par la soudure mutuelle des extrémités articulaires; mais dans le plus grand nombre des cas, ils périssent dans le marasme. L'inflammation des parties articulaires du genou est une des plus graves des maladies de ce genre.

C'est autour de la rotule, et sur le condyle du fémur et du tibia, qu'il faut faire les applications de sangsues. Quand on applique les vésicatoires, ordinairement on en place un, dont on entretient la suppuration, sur la rotule même, et on en promène ensuite, autour de l'articulation malade, un plus ou moins grand nombre qu'on fait sécher immédiatement. C'est sur les condyles du fémur et du tibia, de chaque côté du ligament de la rotule et du tendon du muscle droit antérieur, qu'on applique les moxas et les sétons. Lorsque le mal est jugé au-dessus des ressources ordinaires de l'art, on pratique l'amputation de la cuisse, ou l'on fait la résection des extrémités articulaires du fémur et du tibia. Cette opération a été faite plusieurs fois avec succès.

L'inflammation des os qui composent l'articulation du pied (*podarthrocace*, Rust) est fort commune. Elle survient le plus souvent à la suite d'une entorse; c'est dire qu'ordinairement elle commence par les ligamens; elle n'offre pas de symptômes particuliers. Le déplacement peut se faire en avant, en arrière et de côté; c'est le plus souvent en arrière qu'il s'opère; mais il n'est jamais complet, vu la grande profondeur de l'articulation : c'est plutôt une tendance au déplacement qu'un déplacement véritable. On applique les sangsues, les vésicatoires volans et les moxas tout autour de l'articulation; c'est plutôt au-dessous des malléoles que partout ailleurs qu'on passe les sétons.

Les inflammations des différentes articulations du pied ne présentent rien de remarquable dans leur marche et dans leur traitement; celles du tarse se confondent presque toujours avec l'inflammation des os eux-mêmes : on peut, lorsque la maladie n'a pu être arrêtée, et qu'elle commence à réagir sur les organes principaux, enlever les os malades en pratiquant l'amputation partielle du pied. Quand la maladie attaque l'un des orteils, si c'est l'articulation de la première avec la seconde phalange qui est malade, on fait l'amputation dans l'articulation phalango-phalangienne: si c'est cette dernière qui est affectée, on ampute dans l'articulation métatarso-phalangienne; enfin, si celle-ci est le siége de la maladie, on fait la résection de l'os du métatarse correspondant.

# ORDRE SECOND.

## IRRITATIONS HÉMORRHAGIQUES OU HÉMORRHAGIES.

### De l'hémorrhagie en général.

L'irritation hémorrhagique ou l'hémorrhagie est encore une des formes assez fréquentes de l'irritation. Elle est beaucoup plus rare cependant que la phlegmasie avec laquelle elle se complique quelquefois, mais dont elle est le plus ordinairement isolée (1).

Les causes de l'hémorrhagie diffèrent à peine de celles de l'inflammation. Ainsi la jeunesse et l'âge adulte y prédisposent, les grandes chaleurs, le froid vif et sec, et l'habitation sur des lieux élevés et exposés au nord la favorisent, enfin, l'abus des mets très-excitans, le simple usage d'alimens trop abondans et trop nourrissans, du café, des boissons spiritueuses, les violentes passions, etc., la préparent et la font éclater. Elle se déclare sous l'influence d'une course rapide, des efforts ou des exercices violens, à la suite des amputations de gros membres, à l'occasion d'une diminution considérable et brusque de la pression atmosphérique, et par conséquent chez les personnes qui montent sur les hautes montagnes, et celles qui s'élèvent en ballon. On la voit survenir souvent aussi à la suite de la suppression d'un écoulement sanguin habituel, tel que le flux hémorrhoïdal ou les menstrues, et quelquefois après l'omission d'une saignée ou d'une application de sangsues dont on a contracté l'habitude. Mais outre ces causes, elle exige dans les individus qu'elle affecte une de ces conditions inconnues de l'organisation que l'on nomme *prédispositions.* Le tempérament nervoso-sanguin, c'est-à-dire un système artériel très-développé et obéissant avec promptitude et facilité aux excitations nerveuses, paraît surtout constituer cette prédisposition, et comme on le rencontre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, c'est aussi chez elles que les hémorrhagies sont plus communes. Une autre cause concourt puissamment, il est vrai, à ce résultat : c'est l'écoulement sanguin périodique auquel les femmes sont assujetties, et dont le retard ou la suppression devaient nécessairement entraîner souvent des hémorrhagies supplémentaires. Cette prédisposition est souvent héréditaire. Enfin, aux différentes époques de la vie, on voit les hémorrhagies affecter en général certains organes de préférence; après la puberté et à cette époque, elles s'opèrent ordinairement par les fosses nasales; plus tard, par la membrane muqueuse pulmonaire; chez les adultes, par l'estomac; dans l'âge viril, par l'anus; et chez les vieillards par les voies urinaires. Cette loi n'est pas sans exception : l'hémorrhagie cérébrale, par exemple, est plus fréquente après quarante ans qu'avant cet âge; mais elle est vraie dans la généralité des cas.

(1) Il n'est pas question ici des *hémorrhagies traumatiques* des auteurs; leur histoire appartient à celle des plaies des veines, dont elles ne sont qu'un symptôme.

La température paraît exercer une influence analogue; ainsi dans le nord et dans les saisons froides, on observe surtout les hémorrhagies anales, vésicales, et utérines; dans les pays méridionaux et dans les saisons chaudes au contraire, les hémorrhagies nasales et bronchiques se montrent beaucoup plus fréquentes.

Ainsi que toutes les autres irritations, l'hémorrhagie peut être aiguë ou chronique, continue ou intermittente; et, comme elles, elle développe des sympathies en raison composée de l'irritabilité des individus, de son acuité, et du degré d'influence de l'organe qu'elle occupe. Les signes en sont rarement équivoques, parce que, dans le plus grand nombre des cas, le sang rejeté au dehors ne permet pas d'erreur sur la nature de la maladie : ce n'est que quand le sang exhalé reste comme emprisonné dans l'organe au sein duquel il s'épanche, que le diagnostic peut être douteux ou difficile. Cependant elle présente quelquefois dans les deux cas des signes généraux qui peuvent la faire prévoir, ou facilitent son diagnostic; il importe donc de les exposer.

Les hémorrhagies aiguës, surtout lorsqu'elles se manifestent pour la première fois, sont ordinairement précédées par des symptômes de congestion vers les organes qui vont en devenir le siége. Ces symptômes consistent dans un sentiment de tuméfaction, de pulsation, de pesanteur, de chaleur et quelquefois même de douleur; on a donné le nom de *molimen hemorrhagicum* à cet ensemble de phénomènes morbides. Un frisson marque ordinairement leur invasion; il est bientôt suivi de chaleur générale, de fréquence, de plénitude et de dureté du pouls; la pulsation de l'artère semble quelquefois être double (*pouls dicrote*) : c'est ce caractère qui, dit-on, fit prédire à Galien une hémorrhagie nasale chez un malade qu'on se disposait à saigner. Enfin, l'hémorrhagie s'opère, et quand elle est modérée, on voit ordinairement diminuer et disparaître les symptômes que nous venons d'énumérer. Lorsqu'au contraire elle est très-abondante, le malade ne tarde pas à pâlir; une sueur abondante, qui finit par devenir froide, couvre le visage; les extrémités se refroidissent; il survient des tintemens d'oreilles, des éblouissemens, des syncopes au moindre mouvement, et quelquefois même des défaillances spontanées; le pouls, qui a perdu de sa plénitude et de sa force à mesure que le sang a coulé, devient faible, petit, et concentré, sans rien perdre de sa fréquence qui quelquefois même est accrue. Chez quelques individus, il se manifeste des mouvemens convulsifs. L'existence de ces signes suffit pour faire reconnaître les hémorrhagies internes.

Quand les hémorrhagies sont chroniques, lorsque surtout elles se sont déjà reproduites plusieurs fois,

soit par le même organe, soit par des voies diverses, lorsqu'enfin elles ont affaibli la constitution des malades, on n'observe plus les phénomènes de congestion qui les précèdent dans les circonstances opposées, ni ceux de réaction qui les accompagnent. C'est sur l'absence de ces phénomènes dans certains cas et sur leur présence dans d'autres, que les auteurs ne sont fondés pour établir la distinction des hémorrhagies en *actives* et en *passives*; les premières dépendant, suivant eux, d'un état d'éréthisme ou d'irritation des vaisseaux capillaires par lesquels le sang s'échappe, ou d'une trop forte impulsion communiquée à ce liquide par le cœur, et les secondes produites au contraire par le relâchement, la faiblesse, l'atonie, les bâillemens de ces mêmes vaisseaux. Mais cette distinction n'est pas fondée, et l'hémorrhagie ne change pas ainsi de nature pour être ou n'être pas accompagnée de symptômes locaux et généraux d'excitation. N'observe-t-on pas cette même différence entre les inflammations aiguës et les inflammations chroniques, et ne s'accorde-t-on pas généralement à n'y voir qu'une différence de degré et non de nature? Le flux menstruel s'accompagne de phénomènes marqués de congestion chez la plupart des femmes, tandis que chez quelques unes il a lieu sans le plus léger signe d'excitation; n'est-il donc un phénomène *actif* que chez les premières, et faut-il le regarder comme *passif* chez les secondes? Ne voit-on pas tous les jours une hémorrhagie qui offre à son début des phénomènes incontestables d'augmentation de l'action organique, cesser peu à peu, et à mesure qu'elle se prolonge, d'en être accompagnée, et finir même par n'en plus présenter la moindre trace? N'est-ce pas ainsi même que cela se passe dans la grande majorité des cas? et faut-il donc croire que la plupart des hémorrhagies, *actives* au début, finissent par devenir *passives*, après avoir passé par un état intermédiaire auquel il faudra aussi nécessairement donner un nom? Ces opinions n'ont plus de crédit aujourd'hui; M. Broussais en a depuis long-temps démontré la fausseté. Il n'y a de réellement passives parmi les hémorrhagies, que celles qui s'opèrent dans le scorbut sous les tégumens ou sur les membranes muqueuses, et celles qui sont produites par les lésions de continuité des vaisseaux sanguins.

Les hémorrhagies affectent souvent le type intermittent: cela tient en partie à ce que chaque effusion de sang détruisant ou diminuant beaucoup l'irritation qui la provoque, il faut qu'un nouveau travail physiologique et une nouvelle congestion s'établissent pour qu'elle puisse se reproduire. C'est encore un des caractères remarquables de ces affections de se remplacer facilement les unes les autres. Leur durée est variable, elle peut être de quelques instans ou de plusieurs années; il est impossible de la déterminer d'une manière générale. Chez quelques individus, il s'établit des hémorragies qui deviennent nécessaires au maintien de la santé, tels sont certains flux hémorrhoïdaux et l'épistaxis. Dans quelques cas même une hémorrhagie spontanée fait cesser une maladie grave (*hémorrhagies critiques*); mais il faut pour cela qu'elle se déclare pendant la période d'*état* de cette maladie; loin d'être salutaire, si elle survient plus tôt, elle aggrave presque toujours les accidens. Mais dans le plus grand nombre des circonstances, les hémorrhagies constituent, comme nous l'avons dit, des états morbides plus ou moins graves. Il est rare toutefois que les hémorrhagies externes soient funestes et surtout qu'elle le soient immédiatement; c'est presque toujours a des phlegmasies qui viennent s'y joindre ou à des désorganisations qui leur succèdent que les individus succombent; celles qui se font à l'intérieur des organes offrent en général au contraire la plus grande gravité et entraînent quelquefois la mort instantanée.

Les caractères anatomiques des hémorrhagies présentent des différences, suivant que le sang a pu s'échapper au dehors ou qu'il est resté emprisonné au sein de l'organe. Quelquefois le malade succombe à l'épuisement lent ou rapide qu'entraîne la perte du sang, et l'organisation du tissu par où s'est faite l'hémorrhagie n'est pas altérée d'une manière appréciable; le seul signe anatomique que présente alors le cadavre, est une décoloration plus ou moins marquée des principaux tissus. D'autres fois, on trouve des traces de congestion, qui diffèrent de celles des phlegmasies, en ce qu'elles offrent l'aspect des ecchymoses, et qui consistent en des plaques d'un rouge brun à leur centre, et dont l'intensité de coloration va décroissant graduellement vers la circonférence. Mais le plus ordinairement, les lésions cadavériques ne présentent rien de particulier aux hémorrhagies et consistent uniquement dans des traces d'inflammation. Il ne faut pas conclure de ce fait que les hémorrhagies ne sont dans le plus grand nombre des cas que des symptômes de phlegmasie; si l'on rencontre aussi souvent les traces de ce dernier mode d'irritation sur les cadavres des individus qui ont eu des hémorrhagies fréquentes, c'est parce que, comme nous l'avons déjà dit, ces individus succombent presque toujours à des inflammations et rarement à l'hémorrhagie. On rencontre quelquefois des vaisseaux érodés, ulcérés ou rompus; mais dans ces cas, l'hémorrhagie a presque toujours été rapidement funeste; elle n'est évidemment plus de la nature de celles qui nous occupent. Enfin, quand le sang n'a pu s'échapper au dehors, ou bien l'organe présente des traces d'inflammation ou de congestion, ou bien sa substance est détruite et comme brisée dans une certaine étendue par l'abord impétueux du sang, et dans tous les cas, la présence de ce liquide fait partie du caractère anatomique de la lésion. On le trouve liquide ou en caillots, pur ou mêlé à d'autres liquides, libre ou enkysté.

Le traitement des hémorrhagies repose sur les mêmes bases que celui des inflammations. Les boissons rafraîchissantes, les émissions sanguines et les révulsifs en constituent les principaux moyens; c'est ainsi que les boissons froides et acidules sont en général plus efficaces contre les hémorrhagies que contre les phlegmasies, et doivent, par conséquent, obtenir la préférence sur les autres liquides; que les médicamens à propriétés astringentes et styptiques y sont plus particulièrement indiqués, et que les topiques réfrigérans, la glace même, y sont beaucoup plus utiles que dans les inflam-

mations. Enfin, en raison de leur existence fréquente sous forme intermittente, elles cèdent souvent au quinquina et aux médicamens qui jouissent des mêmes propriétés anti-périodiques.

### HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

#### Considérations générales.

Le tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, sous-séreux et inter-musculaire, est quelquefois le siége d'hémorrhagies spontanées. C'est dans le premier siége seulement qu'elles peuvent être constatées pendant la vie ; elles sont connues sous le nom d'*ecchymoses spontanées*.

Nous ne consacrerons pas un article spécial à la description de chacune de ces hémorrhagies, nous dirons seulement ici que les hémorrhagies sous-cutanées se forment ordinairement chez des individus sanguins, pléthoriques, habitués ou disposés à des hémorrhagies ; elle se montrent le plus communément à la face, et particulièrement aux paupières et au front, et presque toujours accompagnées d'une congestion semblable dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive à la sclérotique. Toutes les parties du corps peuvent au reste en être le siége. Ces hémorrhagies n'offrent par elles-mêmes aucune gravité, mais elles annoncent une disposition marquée à des congestions qui, si elles viennent à s'opérer sur un organe important, peuvent avoir une issue funeste. Il importe donc de combattre cette disposition, et l'on y parvient aisément par une ou plusieurs saignées, et par un régime peu nourissant et peu stimulant.

### HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME NERVEUX.

#### Considérations générales.

Les irritations hémorrhagiques du système nerveux sont assez fréquentes dans le cerveau, beaucoup moins dans le cervelet, et extrêmement rares dans la moelle épinière ; et encore, lorsque cette dernière portion du système nerveux en est le siége, l'épanchement sanguin occupe presque toujours l'épaisseur de la protubérance annulaire. On désigne ces hémorragies par le nom générique d'*apoplexies* ; celle du cerveau est appelée *apoplexie cérébrale* ; celle du cervelet, *apoplexie cérébelleuse*, et celle de la moelle, *apoplexie rachidienne*. On a donné au mot *apoplexie* une acception beaucoup plus étendue que celle que nous lui donnons ici, et par cela même trop vague. Il est utile de la restreindre, comme l'a proposé, le premier, M. Rochoux (1), à n'exprimer que l'hémorrhagie du système nerveux, en y joignant les épithètes ci-dessus pour en indiquer le siége.

Les hémorrhagies du système nerveux sont très-graves ; la mort en est la suite ordinaire et souvent instantanée.

#### De l'apoplexie cérébrale (2).

On a beaucoup multiplié les espèces d'apoplexie. Sa nature étant mieux précisée, on ne doit plus la diviser qu'en *faible* et en *forte*. C'est la première que les auteurs désignent par les noms de *coup de sang*, *congestion cérébrale*, lorsqu'elle est continue, et de *fièvre intermittente pernicieuse*, *apoplectique*, *soporeuse*, lorsqu'elle est intermittente. C'est la seconde qu'ils ont nommée *apoplexie sanguine*, *hémencéphale*. M. Cruveilhier nomme la cérébrite ou ramollissement du cerveau, *apoplexie capillaire* (1).

*Causes.* Toutes les irritations encéphaliques peuvent aboutir à l'apoplexie (2), on doit donc ranger ces irritations parmi les causes de cette hémorrhagie. Il faut y joindre l'âge avancé, la phéthore habituelle, les passions vives, les veilles prolongées, les études opiniâtres, l'usage des narcotiques, les percussions du crâne, l'oisiveté, les bains trop chauds, les vomitifs, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'omission d'une saignée, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et surtout les stimulations de l'estomac (3). M. Bouillaud a cherché à prouver que l'inflammation des artères cérébrales était une des causes les plus fréquentes des cette hémorrhagie (4). Cette opinion ne nous paraît pas suffisamment démontrée, parce que nous ne pensons pas, avec notre estimable confrère, que les dégénérations cartilagineuses, osseuses, crétacées, soient des signes incontestables d'inflammation ; mais les faits qu'il rapporte sont de nouvelles preuves que l'apoplexie est quelquefois l'effet de la rupture des artères cérébrales. La plupart de ces causes suffisent pour la produire immédiatement ; quelques unes y prédisposent seulement.

*Symptômes.* L'invasion de l'apoplexie est quelquefois annoncée par quelques symptômes précurseurs, tels que tintemens d'oreilles, vertiges, étourdissemens, douleurs de tête, penchant au sommeil, une sorte d'état d'ivresse, l'affaiblissement de la vue, de l'ouïe, de la mémoire, du jugement ; embarras dans la prononciation, affaiblissement des membres d'un côté du corps, fourmillemens, inquiétudes, et mêmes légères secousses convulsives. Tout individu qui, placé sous l'influence de l'une ou de plusieurs des causes que nous avons énumérées, éprouve quelques uns des symptômes ci-dessus, doit craindre une attaque d'apoplexie et tout faire pour la prévenir. Cependant ils ne sont pas toujours suivis de ce fâcheux résultat ; mais, dans le plus grand nombre de cas, l'apoplexie survient brusquement, et voici les symptômes qui lui sont propres.

Lorsqu'elle est légère, qu'il n'y a que simple *congestion*, *coup de sang*, le malade perd tout à coup connaissance, et tombe comme dans l'apoplexie forte ; ses membres sont flasques, tout un côté du corps est quelquefois paralysé, la face est rouge, gonflée, le pouls est plein, fort et developpé, la respiration est rarement stertoreuse. Cet état se dissipe ordinairement en cinq à six heures au plus ; le malade revient à lui ; il accuse alors

(1) *Recherches sur l'apoplexie.* Paris, 1814, in-8.

(2) *Voyez* l'art. APOPLEXIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. II, par M. Cruveilhier.

(1) *Ouvrage et article cités.*

(2) Broussais, 2e *Examen*, propos. CXXVIII.

(3) *Voyez* Richond, *De l'influence de l'estomac sur la production de l'apoplexie*, Paris, 1824, in-8.

(4) *Mémoires de la Société médicale d'émulation.* Paris, 1826, tom. IX, pages 147 et suiv.

un mal de tête, quelquefois un trouble de la vue; il éprouve quelque difficulté à articuler les mots, et il ressent dans tous les membres, ou dans un seul côté des fourmillemens ou de la faiblesse; quelquefois une moitié du corps est complètement paralysée. Au bout de quelques heures, ces symptômes ont souvent encore diminué d'intensité et fréquemment ils sont dissipés en six ou huit jours (1). On sent bien qu'il n'est pas possible d'établir de ligne de démarcation entre ce degré d'apoplexie et le plus élevé, ni de distinction tranchée dans leurs symptômes.

Lorsque l'apoplexie est forte, le malade tombe comme frappé de la foudre; il perd immédiatement connaissance; tout un côté du corps est en général frappé de paralysie, la parole est presque toujours impossible; la moitié de la langue est paralysée, et lorsque le malade la sort, sa pointe se dirige ordinairement du côté de l'hémiplégie; la commissure des lèvres est ordinairement abaissée de ce même côté; les pupilles, tantôt dilatées, tantôt contractées, sont constamment immobiles, et la figure porte un air d'étonnement remarquable (Rochoux). La perte de connaissance n'est pas toujours complète; la paralysie est quelquefois bornée à un bras; l'épanchement occupe alors la couche optique du côté opposé. Dans quelques cas rares, la paralysie s'étend au contraire à tous les muscles soumis à l'empire de la volonté. A ces symptômes constans et caractéristiques on peut ajouter les suivants, mais qui sont très-variables. Le pouls est ordinairement développé, mais sans fréquence, parfois il est rare, dans quelques cas fréquent, chez quelques uns, fort, plein et dur, et chez d'autres petit et faible: la respiration est le plus souvent stertoreuse, mais elle n'éprouve fréquemment aucun dérangement; la face est tantôt d'une pâleur extrême, verdâtre, jaune, livide, et tantôt rouge, violette et bouffie; enfin, les urines et les matières fécales sont involontairement excrétées ou retenues. Rappelons ici le caractère fondamental assigné par M. Lallemand à l'apoplexie, savoir, *paralysie subite sans symptômes spasmodiques*.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Nous avons déjà indiqué la marche et la durée de l'apoplexie légère; l'apoplexie forte tue quelquefois subitement, ce qui la fait appeler alors *foudroyante*; le plus communément elle n'est suivie de la mort qu'au bout de trois ou de quatre jours. Il est rare qu'elle dépasse le terme de huit à neuf jours, sans qu'il s'opère alors un amendement plus ou moins considérable dans les symptômes, portant surtout sur le retour de l'intelligence et de la parole; mais cette amélioration ne conduit pas souvent à la guérison complète, et le plus fréquemment la maladie passe à l'état chronique. La perte de la mémoire, l'affaiblissement ou l'abolition complète des facultés intellectuelles, une hémiplégie incurable, l'excrétion involontaire des matières fécales et des urines, telles sont les infirmités qu'elle laisse après elle. Souvent aussi, après un temps plus ou moins long, la substance du cerveau s'enflamme autour du noyau apoplectique, et le malade succombe avec les symptômes de la cérébrite.

*Caractères anatomiques.* On rencontre à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à l'apoplexie, un épanchement de sang dans l'hémisphère cérébral opposé à la paralysie, au sein de la substance du cerveau ramollie et détruite. Quand l'apoplexie a duré pendant quelque temps, il existe quelquefois un kyste autour du caillot; enfin lorsqu'elle est très-ancienne, le sang est résorbé, et la caverne qui le contenait se cicatrise (1). On trouve alors les traces de la cicatrice, consistant dans des brides celluleuses et vasculaires entre-croisées, formant des aréoles, et contenant un liquide ichoreux, roussâtre, etc., reste du sang épanché. Dans quelques cas, les parois de l'ancienne caverne sont seulement rapprochées, mais non réunies par des brides celluleuses et vasculaires. Enfin on rencontre quelquefois une rupture de l'une des artères principales du cerveau, telle que la carotide interne, l'artère basilaire, et alors le sang est étendu comme en nappe à la base du crâne, et forme un caillot peu épais qui se moule sur les enfoncemens et les saillies que présente cette partie de la boîte osseuse qui protége l'encéphale. Ces artères sont quelquefois anévrismatiques, ossifiées ou revêtues de substance calcaire dans une étendue plus ou moins considérable; leur membrane interne est quelquefois rouge (2). On conçoit que, s'il existait des symptômes particuliers qui pussent faire distinguer cet épanchement sanguin de la véritable apoplexie par exhalation, il constituerait une maladie spéciale qu'il faudrait décrire séparément.

*Traitement.* Lorsqu'un individu est disposé par sa constitution à l'apoplexie, ou qu'il en a déjà ressenti quelques prodromes, on doit lui recommander la plus grande sobriété, l'abstinence de tous les spiritueux, l'usage d'alimens exclusivement tirés du règne végétal, les distractions et l'exercice. Il est utile aussi qu'il se maintienne le ventre libre, les pieds chauds, la tête fraîche; et si une attaque paraît imminente, il faut en toute hâte pratiquer une saignée. Lorsque l'apoplexie a lieu, le traitement ne diffère pas de celui de l'inflammation du cerveau; les saignées générales, les sangsues derrière les oreilles et aux tempes, les sinapismes, les pédiluves chauds, les boissons laxatives, les lavemens purgatifs et l'application de la glace sur la tête, en font la base. Quand la maladie est passée à l'état chronique, le malade doit être mis au régime que nous avons conseillé comme préservatif, afin de prévenir les rechutes qui sont toujours imminentes, ou l'inflammation de la substance cérébrale qui entoure la matière de l'épanchement.

### Apoplexie cérébrale intermittente.

Les maladies décrites jusqu'ici sous les noms de *fièvres intermittentes pernicieuses*, *comateuses*, *carotiques*, *soporeuses*, *léthargiques* et *apoplectiques*, ne sont autre chose que des apoplexies cérébrales intermittentes. Il est très-probable que, dans les premiers accès, il n'y a que congestion forte et

(1) Rochoux, article *coup de sang* du Dictionnaire de médecine, en 18 vol.

(1) Rochoux, *Ouvrage cité*.
(2) Bouillaud, *Mémoire cité*.

pas encore hémorrhagie, mais lorsque la mort a lieu, ce qui arrive souvent au troisième accès, il est permis de penser que du sang s'est épanché dans la substance cérébrale. C'est au reste un point de la science sur lequel on ne possède aucun fait d'anatomie pathologique. Les causes de l'apoplexie cérébrale intermittente sont toutes celles de l'apoplexie continue agissant d'une manière intermittente, mais elle se développe principalement sous l'influence des miasmes marécageux. Un frisson plus ou moins violent précède toujours l'assoupissement, la perte de la sensibilité et des mouvemens volontaires, et l'accès se termine par la sueur. Cette affection est presque toujours mortelle. Les saignées et les révulsifs pendant les accès, et le quinquina dans les intervalles, sont les seuls moyens à lui opposer.

De l'apoplexie cérébelleuse.

Cette hémorragie n'est encore connue que par un mémoire de M. Serres, inséré au journal de M. Magendie (1). Les causes paraissent en être les mêmes que celles de l'apoplexie cérébrale, mais l'ivresse et surtout les excès vénériens sont les plus ordinaires; il est probable que les percussions sur la région occipitale pourraient aussi la produire. La plupart de ses symptômes lui sont également communs avec l'apoplexie, mais il résulte des observations de M. Serres, qu'elle s'accompagne très-souvent en outre, de priapisme intermittent, avec éjaculation dans quelques cas, et presque toujours avec chaleur, rougeur et tuméfaction permanentes des parties génitales. Les deux faits que nous avons cités en traitant de la cérébellite tendent à nous faire croire que le *mutisme, sans perte de l'intelligence*, est aussi un symptôme de l'hémorragie ou de l'inflammation du cervelet. Les caractères anatomiques de cette affection ne diffèrent pas de ceux de l'apoplexie cérébrale, et soit qu'on ne parvienne jamais à la distinguer de celle-ci pendant la vie, soit que l'on y arrive un jour, le traitement reposera toujours sur les mêmes bases. Il nous semble cependant qu'il serait avantageux de diriger les antiphlogistiques contre l'état d'excitation des parties génitales : une sympathie aussi forte doit nécessairement réagir sur l'irritation cérébelleuse qui la provoque, et peut-être ne serait-il pas sans utilité d'attaquer en même temps l'irritation dans ces deux siéges.

De l'apoplexie rachidienne.

Cette hémorrhagie est encore plus rare que la précédente. Elle est le plus ordinairement l'effet de la rupture des vertèbres, de la déchirure des membranes et de la lésion de la moelle par une violence extérieure; mais dans ce cas, le sang est ordinairement épanché entre les lames des vertèbres et la dure-mère, ou dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne, et dès lors l'hémorrhagie n'est plus qu'un symptôme de la lésion de continuité (voyez cette classe de maladies), et ne doit pas par conséquent nous occuper ici. L'hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne, qui dépend de l'inflammation de cette membrane, n'est également qu'un symptôme dont il a été question ailleurs; nous ne devons donc parler ici que de celle qui s'opère dans la pulpe même de la moelle, d'une manière spontanée, et sans lésion de continuité préalable.

Nous avons déjà dit que cette hémorrhagie avait presque toujours lieu dans l'épaisseur de la protubérance annulaire : du moins on ne l'a jusqu'à ce jour observée qu'une seule fois dans la longueur de la moelle. M. Serres en a rapporté plusieurs exemples dans l'*Annuaire des hôpitaux* (1819), et les symptômes de l'apoplexie forte se sont toujours montrés, dès le premier instant de l'attaque, avec cette particularité, que la paralysie frappe à la fois d'immobilité le tronc et les membres thoraciques et abdominaux. A l'ouverture des cadavres, on trouve la protubérance annulaire déchirée, et un épanchement sanguin à la base du crâne et dans le commencement du canal rachidien. Un fait communiqué à M. Olivier (1), par M. Pinel-Grandchamp, ne laisse aucun doute sur la possibilité de la résorption du sang, quand l'épanchement est peu considérable. La guérison de cette maladie est donc possible. Le traitement est le même que celui des autres apoplexies. Dans l'exemple d'apoplexie de presque toute la moelle, observé par M. Gaultier de Claubry, et consigné dans le *Journal général de médecine* et dans l'ouvrage cité de M. Olivier, la mort survint en quelques heures, et l'on trouva la moelle, depuis la partie inférieure du sacrum jusqu'à la troisième ou deuxième vertèbre dorsale, convertie en une bouillie rougeâtre, comme du sang de bœuf, diffluente, et n'offrant plus aucune trace d'organisation dans toute cette étendue.

## HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME DERMOÏDE.

### Considérations générales.

Les hémorrhagies cutanées sont assez rares, et c'est sans doute à la présence de l'épiderme, qui oppose une barrière efficace à l'issue du sang dans les nombreuses congestions auxquelles cette enveloppe est exposée, qu'est dû leur peu de fréquence. Il nous semble, en effet, que les pétéchies, les taches rouges qui surviennent d'une manière presque subite, certaines vergetures très-douloureuses qu'on observe sur les jambes de quelques femmes enceintes, sont autant d'efforts hémorragiques. Le fait suivant nous paraît devoir être rapporté à la même cause. Une dame, en apprenant une mauvaise nouvelle dans le moment où elle avait ses règles, devint subitement toute noire; ses règles se supprimèrent immédiatement. Depuis cette époque, les menstrues n'ont pas reparu, mais la peau a repris peu à peu sa couleur naturelle.

Toutes les parties de la peau peuvent devenir le siége d'une hémorrhagie. On en a vu s'opérer par la peau d'un doigt, d'une main, de la face, d'un sein, de la région du foie, et quelquefois par des surfaces plus étendues. Des phénomènes de con-

(1) *Journal de pathologie expérimentale et pathologique*, tome II, p. 172 et suivantes, et pages 245 et suivantes.

(1) *Ouvrage cité*, pages 262 et suivantes.

gestion, tels que le gonflement, la chaleur et la rougeur de la peau, précèdent ordinairement l'effusion du sang. C'est presque toujours comme supplémentaires du flux menstruel supprimé qu'on a observé ces hémorragies; aussi apparaissent-elles le plus ordinairement sous forme périodique; nous n'avons pas besoin d'ajouter que les femmes en offrent un bien plus grand nombre d'exemples que les hommes. Quelques auteurs parlent de *sueurs de sang*, mais ces faits ne nous paraissent pas bien avérés. Les causes presque constantes des hémorrhagies cutanées sont les affections morales vives, et parmi elles, la frayeur est la plus puissante. Il en est quelques unes qui dépendent de certaines maladies très-violentes (*fièvre jaune*); enfin, quelques autres sont symptomatiques du *scorbut* (voyez *Altérations du sang*); ni les premières ni les secondes ne doivent nous occuper en ce moment.

Le traitement des hémorrhagies cutanées n'offre rien de particulier, si ce n'est l'indication de rappeler le flux menstruel qu'elles remplacent si souvent. Lorsqu'elles deviennent trop abondantes cependant, on peut les combattre par les styptiques et les astringens appliqués froids sur la partie par laquelle le sang s'échappe, il est quelquefois besoin même d'avoir recours à la compression. Si ces moyens échouaient, on ne devrait pas balancer, dans un danger pressant, à employer la cautérisation. Quant à ces efforts hémorrhagiques avortés dont nous avons déjà parlé, le meilleur moyen à leur opposer est la saignée; il réussit surtout très bien contre les vergetures des jambes chez les femmes enceintes.

Il existe une hémorrhagie cutanée qui réclame une description particulière; c'est celle qui est généralement connue sous le nom de *maladie tachetée hémorrhagique de Verlhof*. Mais elle nous paraît trop s'éloigner par sa nature de la classe des irritations pour trouver place ici; nous renvoyons son histoire parmi celles des altérations du sang.

## HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME MUQUEUX.

### Considérations générales.

Aucun tissu n'offre autant d'exemples d'irritations hémorrhagiques que les membranes muqueuses. Dans ce seul système, en effet, elles sont plus fréquentes que dans tous les autres réunis. C'est à leur surface qu'on observe ces hémorrhagies que nous avons dit être nécessaires à l'entretien de la santé; le flux menstruel chez les femmes, le flux hémorrhoïdal et l'épistaxis chez certains individus. C'est par elles aussi que s'opèrent presque constamment les hémorrhagies que les anciens appelaient *critiques*, et dont l'apparition est souvent suivie de la guérison des maladies pendant le cours desquelles on les voit se manifester. Enfin, c'est par elles qu'ont lieu presque toutes les hémorrhagies morbides. La grande vitalité de ces membranes, le peu de densité de leur tissu, la facilité avec laquelle le sang les pénètre, le grand nombre de vaisseaux sanguins qui les parcourent, enfin et surtout la disposition de ces vaisseaux qui rampent presque à nu à leur surface, expliquent suffisamment la facilité et la fréquence des hémorrhagies qu'on y remarque. Ces causes nous expliquent aussi pourquoi l'effusion du sang à leur surface se fait presque toujours sans rupture, sans déchirure de tissu, par une sorte d'*exhalation*, comme l'observe Bichat, et par conséquent pourquoi il n'y a pas de lésions cadavériques qui leur soient propres. Ceux de l'afflux du sang s'y font seuls remarquer quelquefois.

Tout ce que nous avons dit dans nos généralités sur les hémorrhagies, est donc essentiellement applicable à celle des membranes muqueuses; nous ne le reproduirons pas ici, ce serait nous répéter sans nécessité.

Les diverses portions des membranes muqueuses que nous avons vues pouvoir être atteintes isolément d'inflammation, peuvent aussi devenir le siége d'irritations hémorrhagiques. Mais la plupart des effusions sanguines qui s'y manifestent sont instantannées, passagères, et très-souvent symptomatiques de l'inflammation de la partie; telles sont les hémorrhagies de la conjonctive, de l'oreille, de la bouche, du pharynx, du larynx, etc.; celles-là ne doivent pas nous occuper. Les seules que nous devions étudier sont: celle du nez, ou *la rhinorrhagie;* celle de la muqueuse pulmonaire ou *la pneumorrhagie*; celle de l'estomac ou *gastrorrhagie;* du rectum, ou *proctorrhagie*; de la vessie, ou *hématurie*; enfin, celle de l'utérus, ou *métrorrhagie.* l'hémorragie de l'intestin grêle est presque toujours et peut-être toujours un symptôme de gastro-entérite violente; il en est de même de celle du gros intestin; la dysenterie en est la preuve.

### De la rhinorrhagie ou épistaxis.

On nomme *rhinorrhagie*, et plus communément *épistaxis*, tout écoulement de sang par les narines. Cette hémorrhagie constitue rarement un état morbide; ce n'est que par sa continuité et sa quantité qu'elle peut altérer la santé. Modérée et passagère, elle est souvent avantageuse à l'individu; quelquefois même elle est le moyen de guérison spontanée des maladies.

*Causes.* Un tempérament sanguin, l'état de pléthore, et l'âge de la puberté, prédisposent à cet écoulement sanguin. Il est ordinairement produit par l'insolation ou le séjour dans un lieu très-échauffé, l'étude prolongée, les veilles, les passions amoureuses, les liqueurs excitantes et principalement le café, les exercices violens, et enfin par tout ce qui peut irriter directement la membrane muqueuse nasale comme les poudres sternutatoires, les coups, les chutes sur cette partie, etc.

*Symptômes.* Des phénomènes de congestion locale précèdent souvent l'épistaxis; d'abord l'individu éprouve des frissons et le refroidissement des pieds et des mains, bientôt la face se gonfle, s'anime et rougit, quelquefois d'un seul côté; la tête devient lourde, pesante et quelquefois douloureuse, les yeux s'injectent et étincellent, le malade éprouve des vertiges et des éblouissemens; les artères carotides et temporales battent avec force; il survient de la tension, de la chaleur et du prurit dans les fosses nasales, l'accablement est considérable; le pouls, d'abord vif et dur, puis large, plein et dicrote, conserve ces derniers caractères; enfin, un

sang vermeil et qui se coagule promptement s'écoule des narines goutte à goutte ou par un filet continu. A mesure que le sang coule, le malade se sent soulagé, tout les symptômes de la congestion locale s'évanouissent, et un état de bien-être général ne tarde pas à les remplacer.

On ne trouve pas toujours tous ces symptômes réunis dans les hémorrhagies nasales. Plus le sujet est sanguin, pléthorique, irritable, et la congestion forte, et plus les phénomènes que nous avons décrits sont marqués; ils peuvent manquer entièrement, au contraire, si l'individu est faible et n'a que peu de sang. Entre ces deux extrêmes, on conçoit une foule de degrés et de différences qui se dérobent aux descriptions.

*Marche durée, terminaisons et pronostic.* L'épistaxis revient souvent d'une manière périodique; elle ne peut presque jamais d'ailleurs être continue et de longue durée, parce qu'on emploie les moyens propres à l'arrêter aussitôt qu'elle devient trop considérable; le plus ordinairement elle s'arrête même spontanément. Quelquefois cependant, malgré tous les efforts, on ne peut parvenir à réprimer l'écoulement du sang, et la mort en est la suite; ces cas sont heureusement fort rares. Nous avons déjà dit que cette hémorrhagie était plus fréquemment avantageuse que nuisible. En effet, tant qu'elle se maintient dans de justes bornes, elle est toujours suivie d'un sentiment de bien-être chez les individus pléthoriques, et surtout dans la jeunesse et l'adolescence; elle dissipe promptement des céphalalgies et des congestions cérébrales quelquefois opiniâtres; elle guérit même en peu d'instans des phlegmasies de l'encéphale, des poumons, des voies digestives, etc. Faut-il croire, avec quelques médecins, que pour produire cet heureux effet, l'écoulement du sang par les narines doive être naturel et non provoqué par l'art? Nous ne le pensons pas, et nous nous étonnons que l'on ne se soit pas encore livré à des expériences sur le degré d'utilité des évacuations sanguines provoquées par cette voie. On a nommé critiques les hémorrhagies nasales, faisant ainsi disparaître des inflammations viscérales. Chez les sujets très affaiblis, ou affectés d'une maladie chronique avec désorganisation, ou de scorbut parvenu au second degré, l'épistaxis est toujours grave, mais elle ne l'est que dans ces cas, ou bien lorsqu'elle devient excessive. Nous connoissons un homme qui est sujet depuis un grand nombre d'années à des épistaxis fréquentes, qui durent quelquefois cinq à six jours, et contre lesquelles l'art est impuissant. Elles ont toujours lieu par la narine droite; son père et son grand-père ont été toute leur vie affectés de la même hémorrhagie par la même narine.

*Traitement.* Lorsqu'on juge nécessaire d'arrêter une hémorrhagie nasale, on commence par exposer le malade au frais; on le fait tenir debout ou assis, et la tête non penchée: puis on applique des linges trempés dans l'oxycrat froid sur le front, aux tempes, autour du nez, aux cuisses, sur le scrotum, et en même temps on fait boire des boissons telles que la limonade sulfurique nitrée et à la glace. Si cela ne suffit pas, on y joint l'emploi de pédiluves et de manuluves très-chauds et sinapisés. Il est rare que l'hémorrhagie ne cède pas à ces deux ordres de moyens combinés. Cependant on ne réussit pas toujours; il faut essayer alors de faire renifler au malade une solution astringente, celle de sulfate d'alumine par exemple. Si l'individu était sanguin et pléthorique, et que l'hémorragie s'accompagnât de symptômes de congestion, une saignée du bras ou du pied serait à préférer à tous les autres moyens. Enfin, lorsque tous les moyens que nous venons d'indiquer sont impuissans pour arrêter l'hémorrhagie, il faut avoir recours au tamponnement des fosses nasales.

A cet effet, on prépare deux bourdonnets de charpie assez forts pour boucher hermétiquement les ouvertures antérieure et postérieure de ces cavités. L'un de ces bourdonnets est attaché à un fil ciré, très-fort et double, et à un fil moins fort et simple; c'est celui qui doit boucher la narine postérieure. Pour l'y conduire, on se sert de divers instrumens; le plus connu est la sonde de Bellocq, qui n'est autre chose qu'une canule d'argent légèrement recourbée, dans laquelle passe un ressort de montre terminé par un bouton aussi en argent, et percé d'une ouverture. Cet instrument est poussé d'avant en arrière, le long du plancher de la fosse nasale qu'on veut boucher; lorsqu'il est parvenu dans la partie supérieure du pharynx, on pousse le ressort, qui, par l'effet de la courbure et de l'élasticité qui lui sont propres, contourne le voile du palais, et vient présenter son bouton dans la cavité buccale. Ce bouton étant saisi et amené à l'extérieur, on y attache les deux extrémités du fil double. On fait rentrer le ressort dans la canule, et celle-ci est retirée, ramenant avec elle le fil par l'ouverture antérieure de la narine. On saisit alors ce fil, et tandis que l'on tire sur lui, et par conséquent sur le bourdonnet, les doigts indicateur et médius gauches servent à conduire celui-ci jusque derrière le voile du palais, et à l'appliquer convenablement contre l'ouverture postérieure des fosses nasales. Le fil simple qu'on laisse pendant hors de la bouche, et qui ordinairement ne sert que pour retirer le bourdonnet quand il est devenu inutile, peut servir à le retirer momentanément pour le replacer, s'il n'est pas appliqué comme il doit l'être.

La sonde de Bellocq est un instrument ingénieux, mais que l'on peut facilement remplacer par une sonde de gomme élastique, par une tige de baleine ou par tout autre corps long et flexible, que l'on introduit de la même manière par une narine, et qu'on va chercher avec le doigt ou avec une pince pour le faire sortir par la bouche, dès qu'il devient apparent au dessous du voile du palais. On peut même tout simplement attacher le fil double à l'extrémité du doigt indicateur gauche, et après l'avoir porté à l'aide de ce doigt, aussi haut que possible, derrière le voile du palais, aller le saisir avec une pince droite portée dans la narine. De quelque manière qu'on ait placé le tampon postérieur, lorsqu'il est solidement appliqué sur l'ouverture pharyngienne de la fosse nasale, on écarte les deux chefs du fil double, on place entre eux le second bourdonnet, sur lequel on les noue assez fortement pour que les deux corps tendant à se rapprocher, bouchent chacun hermétiquement l'ouverture à laquelle il correspond.

Lorsqu'on veut enlever le tamponnement, il suffit de couper le nœud qui retient le bourdonnet antérieur, et après avoir retiré ce bourdonnet, de ramener par la bouche celui qui est en arrière, en se servant pour cela du fil simple, qui, pendant tout le temps que l'appareil est resté appliqué, a dû être placé vers une des commissures des lèvres, et attaché au bonnet du malade. Il est inutile de dire que ce pansement, qui n'agit que sur les ouvertures, n'arrête l'hémorrhagie que lorsque la cavité est assez remplie de sang pour ne pouvoir en admettre davantage.

### De la pneumorrhagie ou hémoptysie.

L'expectoration du sang a reçu les noms de *pneumorrhagie* et d'*hémoptysie*; quand elle n'est pas l'effet instantané d'une violence extérieure ou celui d'un obstacle à la circulation, elle dépend toujours de l'irritation de la membrane muqueuse pulmonaire. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

*Causes.* L'hémoptysie est excessivement rare chez les enfans; les vieillards n'en offrent aussi qu'un petit nombre d'exemples; c'est dans l'adolescence et dans l'âge adulte qu'on l'observe plus communément; les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes. La plupart des causes occasionelles de l'hémoptysie exercent une action directe sur les poumons, telles sont: les coups et les chutes sur la poitrine et les plaies pénétrantes de cette cavité, l'inspiration de vapeurs irritantes ou caustiques, ou tout simplement d'un air trop chaud ou trop froid, les lectures à haute voix longtemps prolongées, les efforts de chant ou de déclamation, l'action de jouer des instrumens à vent, les cris, l'éternuement, les quintes violentes de toux, les accès de rire. Cette maladie peut se développer en outre sous l'influence de tous les efforts un peu considérables, comme ceux que l'on fait pour soulever un lourd fardeau; ceux que nécessite l'accouchement et quelquefois même la simple action d'excréter les urines ou les matières fécales. La diminution de la pression atmosphérique la provoque aussi quelquefois; et il est probable que ces hémoptysies, en quelque sorte spontanées, ou dont on ne devine pas la cause, sont dues pour la plupart à une diminution subite et un peu considérable dans la pesanteur atmosphérique. La facilité avec laquelle le sang s'échappe par les membranes muqueuses des fosses nasales et des voies aériennes lorsqu'on s'élève sur les hautes montagnes, prouve combien l'action de cette cause est puissante. Enfin, l'hémoptysie succède quelquefois très-rapidement à la suppression subite d'une hémorrhagie habituelle, telle que les hémorrhoïdes, le flux menstruel, ou à l'omission d'une saignée ou d'une application de sangsues accoutumée. Chez les femmes, elle se montre souvent à l'approche des règles, pendant la grossesse; et quelquefois elle s'établit périodiquement et remplace l'écoulement mensuel.

*Symptômes et marche.* L'expectoration d'un sang vermeil, écumeux, pur ou mêlé de mucosités, que la toux précède et accompagne, caractérise suffisamment l'hémoptysie pour que le diagnostic en soit en général facile. Nous pourrions donc, à la rigueur, nous dispenser d'une description plus étendue de cette maladie; mais elle offre des particularités importantes, elle se montre sous des aspects divers qu'il importe de connaître, suivant qu'elle est récente ou ancienne, aiguë ou chronique, selon que le sang s'échappe en abondance ou en petite quantité, qu'il s'exhale dans les bronches ou dans les vésicules bronchiques, enfin selon qu'il est immédiatement rejeté au dehors au fur et à mesure de l'exhalation, ou bien qu'il séjourne et engoue le tissu pulmonaire; nous devons par conséquent l'étudier dans toutes ces conditions.

Des phénomènes précurseurs annoncent presque toujours l'imminence de l'hémoptysie lorsqu'elle est aiguë et qu'elle attaque des individus qui n'en ont encore eu qu'un petit nombre d'atteintes. Voici ce qui se passe le plus ordinairement en pareil cas: les malades éprouvent dans la poitrine, sous les clavicules, ou derrière le sternum, ou entre les deux épaules, ou bien enfin dans toute l'étendue de cette cavité, un sentiment soit de malaise indéfinissable, soit de pesanteur ou de tension, et plus fréquemment une sensation de chaleur avec de l'oppression, de la toux, et une saveur douceâtre ou salée, ou un goût de sang dans la bouche. En même temps les extrémités et quelquefois toute la peau se refroidissent, de petits frissons même traversent rapidement les régions dorsale ou lombaire; la face pâlit et rougit tour à tour, les oreilles tintent, les yeux s'injectent, la tête est douloureuse, le cœur palpite, le pouls s'accélère, il devient vibrant et prend de la plénitude et de la dureté; les membres sont fatigués et parfois douloureux, l'urine est claire et limpide. A ces signes, avant-coureurs de l'hémorrhagie, viennent s'ajouter bientôt ceux qui annoncent que l'exhalation sanguine s'opère. La gêne de la respiration devient plus considérable, une sorte de bouillonnement qui résulte du passage de l'air pendant les mouvemens alternatifs d'inspiration et d'expiration à travers le sang qui engoue les bronches, se fait sentir dans la poitrine et la trachée-artère; une sensation de chatouillement ou de picotement à la bifurcation des bronches se manifeste. Enfin l'expectoration commence, et les malades rejettent des crachats striés ou mêlés de sang, ou formés par du sang pur, ou bien ils rendent par gorgées, des quantités plus ou moins considérables de sang pur, vermeil, écumeux, et comparable, sauf la couleur, à de la crême fouettée. Nous avons vu un jeune homme remplir deux cuvettes de sang en moins d'une heure, et périr immédiatement. Laënnec en a vu rendre dix livres dans l'espace de quarante-huit heures, et le jeune malade expirer au bout de ce temps. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé des exemples de ce genre; on en lit de semblables dans presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette hémorrhagie.

A voir l'énorme quantité de ce liquide que quelques malades rejettent, et la rapidité avec laquelle les gorgées se succèdent, on dirait qu'il y a vomissement de sang plutôt qu'expectoration. Laënnec pense que dans quelques unes de ces hémorrhagies effrayantes, il pourrait bien y avoir tout à la fois, hémoptysie et hématémèse; il a, dit-il, trouvé quel-

quefois vraie cette conjecture, mais rarement; d'autres fois au contraire, il n'a trouvé dans l'estomac qu'une très-petite quantité de sang qui paraissait avoir été avalé, quoique l'hémoptysie eût été accompagnée d'un mouvement de vomissement très-marqué. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, les malades se sentent presque toujours soulagés par l'hémorrhagie; l'oppression cesse, les palpitations s'arrêtent, le mal de tête disparaît; en un mot, tous les symptômes de congestion s'effacent, mais cette amélioration apparente n'est ordinairement pas de longue durée. Bientôt, souvent au bout de quelques heures seulement, de nouveaux phénomènes de congestion se manifestent; il se fait une nouvelle hémorrhagie qui se comporte comme la première. Il n'est pas rare de voir se reproduire ces sortes d'accès hémorrhagiques cinq et six fois dans la même journée, mais en perdant chaque fois de leur intensité. Dans l'intervalle, le sang, pur ou mêlé à du mucus épaissi, n'est plus rendu que sous forme de crachats, il va diminuant graduellement de quantité, et après le dernier accès surtout, il perd bientôt sa couleur vermeille, devient de plus en plus noirâtre, et n'est enfin rejeté que sous forme de petits caillots noirs et consistans qui annoncent qu'il est depuis long-temps exhalé, et qu'il a séjourné dans les vésicules pulmonaires..

Une attaque d'hémoptysie violente se compose ordinairement de plusieurs accès, si l'on peut appeler ainsi le retour des accidens à des intervalles irréguliers, d'un, de deux, ou de trois jours; chaque accès lui-même, est formé de plusieurs des crises hémorrhagiques que nous venons de décrire. Nous avons déjà expliqué cette espèce d'intermittence qui se représente dans la plupart des hémorrhagies. (Voyez *Hémorrhagies.*) A la suite de chaque crise hémorrhagique, les malades sont jetés dans un état de pâleur ou plutôt de décoloration et de faiblesse extrêmes, et souvent ils éprouvent en outre de la soif, de la sécheresse de la peau, de la douleur derrière le sternum ou entre les deux épaules, un peu d'oppression par intervalles, et leur pouls conserve de la fréquence. Quand il en est ainsi, on doit craindre pour eux une phthisie pulmonaire. L'hémoptysie est cependant quelquefois réellement intermittente; Storck en rapporte un exemple remarquable sous le type tierce: elle céda au quinquina.

Lorsque dès le début l'hémoptysie est peu abondante et que le sang s'échappe seulement en crachats, on n'observe plus que rarement la marche sous forme d'accès dont il vient d'être question. Les symptômes de congestion et d'irritation vont s'affaiblissant graduellement à mesure que le crachement de sang diminue; ils reprennent une nouvelle intensité à chaque nouvelle exacerbation, mais on ne les voit jamais, tantot disparaître presque complètement, et tantôt menacer les malades de suffocation comme dans l'hémoptysie précédente. Les malades crachent du sang pendant huit, quinze, vingt jours, un mois et plus; ils sont oppressés, ils toussent, ils ont un peu d'accélération dans le pouls, leurs pommettes sont colorées d'une rougeur circonscrite, ils ressentent dans le larynx ou à la bifurcation des bronches un chatouillement ou un picotement fort incommode; un léger refroidissement du corps, une boisson trop chaude, et toutes les émotions vives augmentent immédiatement l'expectoration sanguine. Si cette hémoptysie se prolonge au delà d'un mois ou six semaines, on voit la plupart des symptômes qui l'accompagnent perdre de leur intensité, quelques uns disparaître complètement; si toutefois cette affection n'est pas liée à l'existence d'une phthisie pulmonaire, elle ne consiste bientôt plus que dans un peu de toux, un peu de dyspnée et l'expectoration chaque jour d'une petite quantité de sang; elle a perdu tout caractère d'acuité: c'est une hémoptysie chronique.

L'auscultation fournit quelques signes au diagnostic de l'hémoptysie; elle permet surtout de distinguer quelquefois l'exhalation sanguine qui prend sa source dans les bronches (*hémorrhagie bronchique* de Laënnec), de celle qui se fait dans les vésicules aériennes (*apoplexie pulmonaire* du même auteur). Dans la première, on entend un râle muqueux à grosses bulles dans les bronches; ces bulles, dit Laennec, *plus grosses que celles du catarrhe*, *semblent formées par une matière plus liquide et crèvent plus fréquemment.* Dans l'apoplexie pulmonaire, comme un point plus ou moins étendu du tissu des poumons se trouve engorgé, et par conséquent impénétrable à l'air, il y a absence de respiration dans ce point, et l'on entend en outre un râle muqueux à bulles très-grosses, qui *semblent se dilater en parcourant les bronches et se crever par excès de distension.* Ces distinctions nous paraissent un peu subtiles. Les seuls signes distinctifs de l'*hémorrhagie bronchique* et de l'*apoplexie pulmonaire* qui aient quelque valeur à nos yeux, sont donc le râle muqueux à grosses bulles pour la première, et l'absence de la respiration dans un point du tissu pulmonaire pour la seconde. Encore devons-nous ajouter, que lorsque l'engorgement hémoptoïque est profondément situé et peu étendu, l'auscultation cherche en vain à le découvrir, partout la respiration se fait entendre, ce qui, comme on le voit, réduit à peu de chose l'utilité de ce précieux moyen d'investigation dans l'hémoptysie. Il est au reste fort peu important pour la pratique d'établir une distinction entre ces deux formes d'une même maladie, le traitement devant être le même dans l'un et l'autre cas; cela n'est utile que pour le pronostic, l'*apoplexie pulmonaire* étant en général beaucoup plus grave que l'*hémorrhagie bronchique*. Quand une hémoptysie est très-abondante et qu'elle résiste aux moyens de traitement les plus généralement efficaces, il est infiniment probable qu'il existe un engorgement hémoptoïque.

La marche de l'hémoptysie n'est pas toujours telle que nous venons de la décrire. On voit des malades qui expectorent tout à coup et sans cause appréciable une quantité considérable de sang, et chez lesquels cette hémorrhagie s'arrête bientôt d'elle-même et ne se reproduit plus de la vie. On en voit d'autres qui pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant des années, en crachent presque chaque jour une petite quantité; cela s'observe surtout chez les femmes. Elle ne se reproduit chez les uns que lorsque des causes nouvelles viennent la provoquer; chez d'autres au con-

traire, elle reparaît spontanément. Continue ou irrégulièrement intermittente dans la grande majorité des cas, elle se montre parfois périodique, et, chez les femmes, mensuelle lorsqu'elle remplace les règles, etc., etc. Quelle qu'ait été sa marche, il est rare quand l'expectoration a été un peu abondante de ne la pas voir suivie de quelques jours de toux et d'expectoration muqueuse, semblable à celle qui accompagne la bronchite. Un peu de sang noirâtre, liquide ou bien en caillots, se trouve mêlé d'abord avec les premiers crachats, mais sa quantité diminue tous les jours, il disparaît bientôt entièrement, et la marche ultérieure de la maladie ne présente plus aucune différence alors avec l'inflammation pure et simple des bronches.

On est quelquefois embarrassé pour reconnaître la source véritable du sang qui tache certains crachats; il peut venir des fosses nasales, de la bouche ou de la gorge, aussi bien que des bronches, et quand la quantité en est très petite, on ne parvient pas toujours à dissiper l'incertitude. Mais pour peu que la quantité de ce liquide soit marquée, l'erreur cesse d'être possible; celui qui vient des bronches est toujours écumeux, parce qu'il contient de l'air; celui qui s'échappe des fosses nasales, de la bouche ou de la gorge, ne présente pas ce caractère. Dans deux seuls cas le sang provenant de la bouche se trouve mêlé avec de la salive écumeuse: c'est à la suite des attaques d'épilepsie et dans les violens accès de colère chez certains hommes; mais en pareilles circonstances personne ne pense à en chercher la source dans les bronches, bien qu'à la rigueur une hémorrhagie pulmonaire puisse se déclarer en même temps qu'un accès de colère ou une attaque d'épilepsie. Si un pareil cas se présentait, l'hémoptysie serait certainement méconnue dans les premiers instans; mais en se prolongeant elle éveillerait bientôt l'attention et ne tarderait pas à être diagnostiquée. Enfin, dans les circonstances ordinaires, il est rare que du sang tombe des fosses nasales dans la gorge sans qu'il s'en échappe quelque peu par les narines; il est rare aussi que s'il provient des gencives, de la bouche ou de la gorge, on ne découvre pas en examinant avec soin le point qui le fournit.

Il n'est pas possible, ce nous semble, de confondre dans aucun cas l'hémoptysie avec l'hématémèse; la plupart des auteurs parlent cependant de cette méprise comme d'une chose difficile à éviter. Mais la toux, la dyspnée, la couleur vermeille du sang et son mélange avec l'air annoncent suffisamment que l'hémorrhagie se fait dans les bronches; de même que dans l'hématémèse, les nausées, la pesanteur épigastrique, la couleur noire du sang et son mélange avec des alimens, de la bile ou des mucosités, ne permettent pas de chercher ailleurs que dans l'estomac la source d'où ce liquide s'échappe. Le seul cas douteux serait celui dans lequel un malade vomirait des alimens en même temps qu'il expectorerait une grande quantité de sang; mais les caractères déjà tant de fois signalés de ce liquide suffisent pour faire éviter l'erreur. S'il restait cependant quelque incertitude, la marche ultérieure des accidens ne tarderait pas à la dissiper; si l'hémorrhagie provenait des bronches, des crachats sanglans viendraient bientôt l'apprendre; si elle partait au contraire de l'estomac, la présence du sang dans les selles leverait avant peu tous les doutes.

*Pronostic.* L'hémoptysie est en général une affection grave; mais c'est moins par elle-même qu'elle offre du danger que par son association très fréquente avec la phthisie pulmonaire. Quelques auteurs ont même prétendu qu'elle était toujours le symptôme précurseur et l'indice infaillible du développement ou de l'existence actuelle des tubercules; mais cette assertion est exagérée. On lit dans presque tous les auteurs, et la plupart des praticiens ont observé des exemples d'hémoptysies qui ont duré un grand nombre d'années sans que les malades aient été atteints de phthisie. Ce sont presque toujours les femmes qui présentent ces exemples d'hémoptysies prolongées et peu graves: on en voit un assez grand nombre cracher le sang tous les mois à l'approche de l'époque menstruelle, d'autres seulement lorsqu'elles sont enceintes et pendant tout le temps que dure leur grossesse; enfin, quelques unes chez lesquelles les menstrues se sont déviées et ont pris leur cours par la surface de la membrane muqueuse pulmonaire. Chez les hommes on rencontre plus rarement des hémorrhagies pulmonaires aussi exemptes de danger; en général, le pronostic de l'hémoptysie a toujours beaucoup plus de gravité chez eux que chez les femmes. Lorsque cette hémorrhagie est l'effet évident de violences extérieures, ou bien lorsqu'elle dépend de la profession même des individus, et que, par exemple, elle est produite et entretenue par l'inspiration de poussières ou de gaz irritans, elle offre beaucoup moins de danger, puisqu'il suffit en général d'écarter les causes pour la faire cesser. Si cependant elle se déclare chez un individu éminemment prédisposé par sa constitution à la phthisie pulmonaire (voyez ce mot), alors même qu'elle naît sous l'influence de ces causes accidentelles et mécaniques, elle doit inspirer de sérieuses inquiétudes, si surtout la quantité de sang expectorée paraît en disproportion avec l'intensité de la cause. Il est probable, qu'en pareil cas, la violence extérieure ou l'inspiration de substances irritantes n'ont été que les occasions d'une hémoptysie depuis long-temps menaçante. En général, l'hémoptysie est d'autant plus grave qu'elle est plus abondante et plus ancienne; mais c'est la coexistence de symptômes de phthisie pulmonaire, ou la crainte qu'ils puissent naître, qui font, dans presque tous les cas, la gravité du pronostic de l'hémoptysie; quand cette crainte ou ces symptômes n'existent pas, cette maladie est plus effrayante que dangereuse; son pronostic s'établit alors sur les mêmes bases que celui des autres maladies, c'est-à-dire sur l'intensité des phénomènes locaux qui l'accompagnent, le nombre, l'importance, et la gravité des phénomènes sympathiques qu'elle éveille.

*Caractères anatomiques.* Les caractères anatomiques de l'hémoptysie diffèrent selon qu'elle a sa source dans les bronches ou dans les vésicules aériennes. Dans le premier cas, on trouve la membrane muqueuse des bronches rouge, et comme

teinte par le sang dans toute son épaisseur, elle est en même temps un peu ramollie et recouverte d'un sang liquide ou coagulé. Dans le second cas, on rencontre dans l'un des poumons, un endurcissement partiel, circonscrit, d'un à quatre pouces cubes d'étendue, aussi dur à la circonférence qu'au centre, d'un rouge noir très-foncé, semblable à celui d'un caillot de sang veineux, brusquement limité, et par conséquent en contact avec du tissu pulmonaire sain, et tout au plus infiltré d'une petite quantité de sang vermeil, présentant à l'incision une surface granulée, d'où l'on peut enlever, en râclant, un peu de sang très-noir et à demi coagulé, et dont le centre enfin, est quelquefois ramolli et rempli par un caillot de sang pur. Les veines qui avoisinent la partie engorgée sont quelquefois pleines d'un sang concrété et à demi-sec. Il existe quelquefois plusieurs engorgemens semblables dans le même poumon ou dans les deux; leur siége le plus ordinaire est vers le centre du lobe inférieur ou vers la partie postérieure moyenne du poumon.

*Traitement.* Au début de toute hémoptysie intense, après avoir débarrassé le malade de tous les vêtemens qui pourraient faire obstacle à la liberté des mouvemens respiratoires, et l'avoir placé dans son lit, la tête et la poitrine dans la position verticale, la première chose à faire est de pratiquer une saignée du bras. Ni la pâleur de la face, ni la petitesse du pouls, ni même le refroidissement des extrémités, ne doivent faire hésiter; ces symptômes, produits en partie par l'effroi des malades, mais surtout par la congestion pulmonaire, cèdent avec cette congestion contre laquelle la saignée est certainement le moyen le plus efficace. La quantité de sang à extraire par la première phlébotomie, proportionnelle d'ailleurs à la force et à l'âge des individus, à la violence de l'hémorrhagie et au degré d'intensité des symptômes locaux et généraux qui l'accompagnent, doit toujours être assez abondante pour produire un commencement de syncope, car la syncope contribue puissamment à arrêter l'hémoptysie. Dans l'apoplexie pulmonaire surtout, il ne faut pas craindre de tirer vingt à trente onces de sang d'une seule fois. Après une première saignée, si les accidens persévèrent, on en pratique une seconde, puis une troisième, une quatrième, etc., en ne mettant que de courts intervalles de dix à douze heures au plus entre chacune. Quelques auteurs regardent la saignée du pied comme préférable à celle du bras dans la maladie qui nous occupe; ils lui attribuent une action révulsive ou dérivative que celle-ci ne possède pas au même degré. Mais cette opération n'est pas toujours facile, très-souvent elle ne fournit qu'une quantité de sang tout-à-fait insuffisante; ce liquide coule en général lentement, tandis qu'il importe beaucoup d'obtenir une déplétion rapide; enfin on ne peut que difficilement apprécier la quantité que l'on en tire, et nous ne savons si ces inconvéniens ne contrebalancent pas, et au delà, les avantages que l'on prête à la saignée du pied. Nous ne savons qu'un cas où cette saignée mériterait peut-être réellement la préférence, c'est celui dans lequel la suppression des règles aurait eu lieu avant l'invasion de l'hémoptysie, et pourrait avec raison en être regardée comme la cause.

Les applications de sangsues ne sauraient remplacer la saignée dans les hémoptysies violentes, surtout à leur début. Mais quand l'hémorrhagie est peu abondante, chez les individus faibles, chez ceux qui crachent souvent le sang, enfin quand il y a suppression de menstrues ou d'hémorrhoïdes, on y a recours avec avantage. Encore faut-il reconnaître qu'elles sont beaucoup plus efficaces après la saignée générale que lorsqu'elles n'en ont pas été précédées. En général, et à moins d'une indication spéciale, on place les sangsues à l'anus; chez les femmes on les applique souvent aux cuisses, mais surtout à la vulve, lorsqu'il s'agit de rappeler ou de suppléer les règles; on peut aussi les appliquer aux jambes. Rarement on pratique les saignées locales sur la poitrine même; cependant quand l'hémoptysie est peu considérable et entièrement bronchique, on l'arrête très bien en plaçant quelques sangsues au dessous des clavicules; enfin, lorsqu'il existe une douleur sous-sternale vive et opiniâtre, on ne parvient souvent à l'enlever, à détruire l'expectoration sanguine que par l'application des sangsues sur le sternum lui-même. Chaque fois que cela se peut, il est bon d'appliquer quelques ventouses à pompe sur les piqûres des sangsues; on accroît ainsi l'écoulement du sang et l'on obtient une action révulsive plus forte.

On seconde toujours très puissamment les bons effets des évacuations sanguines par l'emploi des boissons délayantes, mucilagineuses, gommeuses et acidules, telles que les décoctions de guimauve, d'orge, de chiendent, de réglisse, de lin, de capillaire, de jujubes, de dattes, de pommes, de riz, de consoude, etc.; les infusions de fleurs de mauve, de violette, de coquelicot, de tussilage; les émulsions légères d'amandes douces ou de pepins de coings; les limonades citrique, tartarique ou sulfurique; l'eau de Rabel étendue d'eau, le petit-lait, la solution du suc de grenades, auxquelles on peut ajouter de la gomme arabique en poudre et que l'on sucre avec les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire, d'orgeat, de coings, ou de vinaigre, ou de groseille. Toutes ces boissons doivent être prises froides et même glacées, et par petites doses fréquemment répétées. On fait aussi, avec succès, avaler des fragmens de glace aux malades. A mesure que les symptômes de réaction s'affaiblissent, on passe à des substances douées de propriétés de plus en plus astringentes, telles que les infusions de ratanhia, de cachou, de simarouba, de bistorte, de tormentille, de quinquina; les extraits de ces substances, et principalement celui de ratanhia, préparés en bols, avec la gomme kino, le sang-dragon et la conserve de roses, enfin le sulfate d'alumine, le nitrate de potasse, soit en dissolution dans les tisanes, soit associés aux substances précédentes dans des pilules. Quelques auteurs ont beaucoup vanté l'usage de l'ipécacuanha; mais ils l'ont employé à des doses tellement faibles, un quart de grain toutes les trois heures mêlé avec un peu de sucre, que l'on doute si ce médicament a été pour quelque chose dans les guérisons obtenues pendant

son usage. Stoll administrait le tartre stibié à doses vomitives dans ce qu'il appelait l'hémoptysie bilieuse, et plusieurs praticiens, à son exemple, ont eu recours à cette médication. Nous ne doutons pas que l'on ne puisse obtenir quelques guérisons par ce moyen violent, mais il y a dans son emploi beaucoup plus de chances d'accroître l'hémorrhagie que de la diminuer ou de la suspendre, car il est entièrement empirique, attendu que les caractères de la prétendue hémoptysie bilieuse sont insaisissables. Laënnec a essayé le même médicament à hautes doses comme dans la pneumonie aiguë; le succès n'a pas répondu à ses espérances. Il a au contraire retiré de grands avantages des purgatifs déjà préconisés par Sydenham. Enfin, on a encore tenté de combattre l'hémoptysie par la digitale pourprée sous toutes les formes, probablement en raison de son action sédative sur le cœur, les effets en ont été si inconstans qu'on y a généralement renoncé.

Dès le début de l'hémoptysie on peut avoir recours aux révulsifs de la peau. Cependant lorsque la réaction est très-forte, il est plus prudent de se borner à rappeler la chaleur aux extrémités par les moyens ordinaires, jusqu'à ce que l'on ait obtenu un peu d'affaissement par les saignées. Il n'est pas rare toutefois de voir arrêter immédiatement ou tout au moins suspendre l'hémoptysie la plus violente, par l'immersion des pieds dans l'eau synapisée et bien chaude. On doit donc en général se hâter d'employer ce moyen, y revenir chaque fois que le retour de l'oppression annonce qu'une nouvelle congestion s'opère, et en étendre l'action sur une grande partie de la surface cutanée, en faisant prendre des manuluves synapisés, et principalement en appliquant des cataplasmes de moutarde pure ou mitigée, suivant le degré d'action que l'on veut obtenir, successivement aux mollets, sur les genoux, à la partie interne des cuisses et des bras, et autour de la poitrine elle-même. Lorsque la période d'acuité est passée ou beaucoup affaiblie, on place avec avantage de nombreuses ventouses sèches à la partie supérieure et interne des cuisses, et sur les parties pectorales; enfin si l'hémorrhagie menace de devenir chronique, on a recours à des révulsifs plus puissans : les vésicatoires. Il ne faut pas craindre ici, autant que dans les inflammations, d'accroître par ces moyens l'irritation si on ne la détruit pas; dans aucune maladie, les révulsifs cutanés ne jouissent d'une aussi grande efficacité que dans l'hémoptysie, il n'en est aucune peut-être dans laquelle ils offrent moins d'inconvéniens. Un large vésicatoire à une cuisse, sur le sternum ou entre les deux épaules, suffit souvent pour arrêter une hémoptysie de moyenne intensité.

Dans quelques cas d'hémoptysie tellement abondante que les malades sont menacés de périr par l'effet seul de la perte de sang, ou bien lorsqu'ils sont tellement affaiblis qu'il n'est plus possible d'avoir recours à la saignée et que cependant le crachement continue avec force malgré les révulsifs les plus énergiques, on a recours quelquefois avec succès à l'application de la glace sur la poitrine ou aux aspersions d'eau très-froide sur cette même partie. Quand l'hémorrhagie est intermittente, le sulfate de quinine donné dans l'intervalle des accès en prévient généralement le retour. Enfin chez les femmes et les individus nerveux, il est souvent utile d'associer quelques opiacés à l'emploi de tous les moyens précédens.

Le repos le plus complet et un silence absolu sont des précautions indispensables dans le traitement de l'hémorrhagie pulmonaire. Il en est de même de la diète tant que la maladie existe à l'état aigu ; mais si le crachement de sang se prolonge au delà de certaines limites, et que tous les symptômes de réaction s'effacent, on peut revenir aux alimens, en ayant le soin de commencer par le laitage et les fécules et de les donner froids. Pendant long-temps, même dans la convalescence confirmée, il faut proscrire sévèrement tous les stimulans tels que le vin et le café, et même le bouillon gras.

Les bases du traitement de l'hémoptysie chronique sont encore les mêmes. De même que dans celle-ci et suivant son degré d'intensité, on se borne à l'emploi de révulsifs cutanés, des boissons gommeuses, acidules et astringentes, ou bien on la combat par tous les moyens précédemment indiqués, jusque y comprise la saignée générale. Toutefois l'utilité de l'ouverture de la veine s'y fait généralement moins sentir, les saignées locales souvent nécessaires y jouissent d'une efficacité bien plus bornée que dans l'hémoptysie aiguë, et les vésicatoires, les boissons gommeuses et pectorales, et le régime, en deviennent les principaux moyens de traitement.

Il arrive une époque où la toux et la dyspnée accompagnent seuls l'hémoptysie; plus de signes de congestion locale; plus de symptômes généraux, la membrane muqueuse pulmonaire semble exhaler du sang par une sorte d'habitude; c'est alors que les sectateurs de Brown disent que l'hémorrhagie est *passive*, et qu'ils conseillent de la traiter par les toniques. D'une théorie fausse ils déduisent un conseil dangereux; cela devait être. (Voyez *Hémorrhagies*.) Ces hémoptysies n'ont pas cessé d'être de même nature que lorsqu'elles s'accompagnaient de symptômes nombreux, leur traitement repose donc sur les mêmes bases.

### De la gastrorrhagie.

Tout vomissement de sang qui n'est pas le symptôme d'une violente inflammation de l'estomac a reçu le nom d'*hématémèse* (1) ; on le nomme aussi *melœna*, principalement lorsque le sang rejeté a une couleur noire. Mais il peut être produit par du sang provenant des fosses nasales, de la bouche ou de la gorge, et qui a été avalé, comme cela arrive fréquemment chez les enfans ; ou bien, et c'est le plus ordinaire, il est le résultat de l'irritation hémorrhagique de la membrane muqueuse gastrique. Or, deux affections aussi différentes dans leur nature ne sauraient être confondues sous une même dénomination; nous réserverons donc celle d'*hématémèse* à la première, et nous appellerons la

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article HÉMATÉMÈSE, par M. Martin-Solon.

seconde *gastrorrhagie*. C'est celle-ci qui doit principalement nous occuper.

*Causes*. Ce sont toutes celles des irritations gastriques chez des individus prédisposés. On signale cependant parmi ces causes, comme produisant plus spécialement la gastrorrhagie, les coups et les chutes sur la région épigastrique, l'ingestion de substances *délétères*, de fragmens de verre ou autres corps de même nature ; un vomitif ou un purgatif administrés à contre-temps, un violent accès de colère, une passion triste, profonde, un mouvement de terreur, l'immersion des pieds ou des mains dans l'eau froide, la suppression ou la cessation d'une hémorrhagie habituelle et surtout des menstrues. Cette dernière cause est une des plus ordinaires, aussi la gastrorrhagie est-elle beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

*Symptômes*. Comme dans toutes les hémorrhagies aiguës, la gastrorrhagie intense est toujours précédée par des phénomènes de congestion locale. Froid des extrémités, douleur profonde et quelquefois pongitive dans l'hypocondre droit ; sentiment d'oppression à l'estomac, souvent chaleur et sensibilité de l'épigastre, goût de sang dans la bouche, quelquefois syncope, vertiges, éblouissemens, tintemens d'oreilles et décolorations de la face, tels sont les symptômes qui précèdent et accompagnent l'hémorrhagie gastrique que les auteurs ont appelée *active*, et que nous nommons *aiguë*. Bientôt le sang est vomi, seul ou mêlé d'alimens, liquide ou en caillots, et d'une couleur plus ou moins foncée. Il arrive quelquefois qu'il en est en même temps repoussé une certaine quantité par les selles. Quand la gastrorrhagie existe depuis un certain temps, qu'elle s'est répétée plusieurs fois, et que le sujet est affaibli, les symptômes de congestion sont à peine sensibles, et même cessent entièrement, et le vomissement de sang en est le seul signe. Elle est alors chronique ; elle peut même débuter sous cette forme : dans l'un et l'autre cas, on lui a donné le nom de *passive*. On se fait aisément l'idée des nuances principales intermédiaires à ces deux degrés.

Les symptômes de l'hématémèse diffèrent assez de ceux de la gastrorrhagie, pour que, dans le plus grand nombre des cas, il soit facile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Les circonstances antécédentes éclairent d'ailleurs le diagnostic. Ainsi, lorsqu'après la section du filet de la langue, ou l'opération des amygdales, ou l'extraction d'un polype des fosses nasales, en un mot, toute cause qui peut produire une hémorrhagie nasale ou buccale, etc., du sang a été avalé en plus ou moins grande quantité, le malade ne tarde pas à éprouver du malaise, du dégoût, des nausées, un sentiment de pesanteur et de gonflement à l'épigastre, de l'anxiété, souvent de la chaleur à la peau et l'accélération de la circulation, et quelquefois le refroidissement de tout le corps et la petitesse du pouls. Tous ces accidens se dissipent après le rejet du sang accumulé dans l'estomac.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic*. Nous avons déjà dit que la périodicité était un des caractères assez ordinaires des hémorrhagies ; celle qui nous occupe ne fait pas exception : elle est presque toujours au moins intermittente quand elle n'est pas périodique. Chaque vomissement dure un temps plus ou moins long, quelquefois plusieurs jours de suite avec de courts instans de relâche ; il peut se répéter à des intervalles plus ou moins éloignés, pendant des mois et même des années. Le vomissement de sang est quelquefois si abondant que le malade y succombe ; lorsqu'il est peu considérable et se renouvelle rarement, il influe peu sur la santé ; quand il dure depuis long-temps, au contraire, et se répète tous les jours, il est la preuve de l'existence d'une irritation permanente de l'estomac, qui finit à la longue par entraîner la désorganisation de cet organe. En général, cependant, la gastrorrhagie est une affection beaucoup moins grave que l'hémoptysie. Mais la couleur noirâtre du sang rendu par le vomissement et les selles, indique assez ordinairement une désorganisation profonde.

*Traitement*. La saignée du bras est un des moyens les plus puissans d'arrêter les vomissemens de sang ; mais on n'y a ordinairement recours que lorsque la quantité de sang rejetée à la fois est considérable, et qu'on veut obtenir un effet prompt. On l'emploie aussi avec avantage chez les sujets pléthoriques et lorsque la congestion vers l'estomac est violente : une seule suffit le plus communément. Dans le cas de moindre intensité, on se borne à placer quelques sangsues ou des ventouses scarifiées à l'épigastre ; on administre en même temps des boissons froides, gommeuses et acidulées avec le suc de citron ou de groseilles, le vinaigre, l'acide sulfurique, etc., ou de l'eau chargée d'acide carbonique, en un mot, les mêmes boissons que nous avons conseillées contre l'hémorrhagie pulmonaire. Un peu d'opium produit quelquefois des résultats très-avantageux. Si ces moyens sont impuissans, on fait prendre les boissons glacées, on fait des applications froides et même glacées sur l'épigastre, on applique des révulsifs sur les membres, et l'on prescrit des lavemens émolliens et légèrement stupéfians. Lorsque la gastrorrhagie est chronique et non douloureuse, tous les astringens que nous avons énumérés à l'occasion de l'hémoptysie réussissent quelquefois à la faire disparaître ; c'est dans ce cas que le quinquina en poudre a été utile ; mais le ratanhia surtout jouit d'une grande efficacité. Quand le vomissement de sang est le résultat de la dilacération de la membrane muqueuse gastrique par des fragmens de verre ou de tout autre corps étranger de même nature, il faut chercher à débarrasser l'estomac de la présence de ces agens par les moyens que nous avons indiqués dans le traitement de la gastrite.

On prévient l'*hématémèse* en arrêtant l'hémorrhagie du nez, de la bouche ou de la gorge, qui l'entretient. Si l'on était appelé avant que le vomissement du sang eût eu lieu, et qu'on ne pût pas douter de son accumulation dans l'estomac, on en provoquerait le rejet en chatouillant la luette, en faisant avaler de l'eau tiède au malade, ou en lui donnant un vomitif.

### De la proctorrhagie ou du flux hémorrhoïdal.

On désigne sous ces noms, et principalement sous le dernier, tout écoulement de sang par l'a-

nus, qui n'est pas le symptôme d'une gastro-entérite ou d'une collite intense, d'une désorganisation ou d'une lésion mécanique, dont la source est dans le rectum, et qui est ordinairement précédée d'une congestion locale. Cette congestion a reçu l'épithète d'*hémorrhoïdale*.

*Causes*. On peut être affecté d'écoulement hémorrhoïdal à tout âge ; cependant c'est dans l'âge adulte que cette affection survient le plus communément. On range parmi ses causes, une nourriture trop abondante ou trop succulente, jointe au défaut d'exercice et surtout à l'habitude de rester presque toujours assis; l'abus du vin, des spiritueux, du café et des alimens de haut goût chez les personnes prédisposées; la constipation habituelle, la grossesse, la suppression ou la cessation des règles; toutes les causes directes d'irritation du rectum agissant d'une manière peu vive, mais permanente; les purgatifs répétés, surtout les drastiques, et en particulier l'aloès; la marche forcée, l'équitation, etc. On regarde comme causes secondaires, les travaux du cabinet, les emportemens de la colère, et la tristesse habituelle.

*Symptômes*. Les phénomènes de congestion locale consistent d'abord dans des frissons, ensuite des douleurs sourdes et un sentiment de pesanteur dans les régions dorsale et lombaire, l'engourdissement des extrémités inférieures, un pouls dur et serré, la sécheresse de la bouche, des urines rares, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, des borborygmes, de la démangeaison à l'anus, et quelquefois des selles muqueuses blanchâtres. Enfin l'écoulement plus ou moins abondant du sang a lieu : ce liquide est assez ordinairement vermeil; il coule en nappe ou en jet, ou bien recouvre les matières fécales. Tous les symptômes de congestion s'évanouissent.

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic*. Le flux hémorrhoïdal est très-fréquemment périodique ; chez quelques hommes il reparaît exactement tous les mois, comme les règles chez les femmes. Il dure alors presque toujours autant que la vie. Quelques personnes ne l'éprouvent qu'une, deux ou trois fois dans l'espace d'un très-grand nombre d'années. Il est sans exemple que l'écoulement sanguin ait été assez abondant pour donner la mort. Sa suppression subite peut devenir la cause d'inflammations internes ; mais il est peut-être plus ordinaire que ces phlegmasies précèdent la cessation du flux hémorrhoïdal et en soient les causes. Quelquefois il est remplacé par une épistaxis ou toute autre hémorrhagie : le danger est alors en proportion de l'importance de l'organe par lequel l'écoulement du sang s'opère.

Le flux hémorrhoïdal est plutôt une incommodité qu'une maladie ; quelques auteurs, entre autres Stahl, ont prétendu qu'il était toujours salutaire. Stahl avait raison en ce sens, que la plupart des hommes affectés de flux hémorrhoïdal abusant des alimens et des spiritueux, ces saignées locales spontanées auxquelles ils sont assujétis, contrebalancent les inconvéniens de leur intepérance, et souvent en détruisent les mauvais effets. Le flux hémorrhoïdal est donc utile aux intempérans, mais il est inutile aux gens sobres, à moins toutefois qu'ils ne soient porteurs d'une phlegmasie chronique dans un organe quelconque. Enfin, il est éminemment avantageux lorsqu'il survient dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, car il en est souvent le moyen le plus puissant de guérison. On conçoit aisément, d'après ce qui précède, pourquoi il est si souvent dangereux de le guérir. Ce danger est d'autant plus grand que le flux est plus ancien, plus abondant et périodique.

*Traitement*. Il est rare que le médecin soit appelé à remédier aux flux hémorrhoïdal; il est plus rare encore qu'il parvienne à l'arrêter, et surtout qu'il le fasse sans inconvénient pour la personne qui en est affectée. Cependant rien de tout cela n'est sans exemple, et on l'observerait sans doute bien plus fréquemment encore, si au lieu de se borner à combattre cette hémorrhagie par des moyens locaux, on y joignait l'abstinence complète de tous les stimulans, comme les alimens de haut goût ou trop nourrissans et les liqueurs spiritueuses, et qu'on les remplaçât par le régime purement végétal et l'usage de l'eau, en même temps qu'on recommanderait un exercice modéré, l'emploi des bains tièdes, et quelques laxatifs doux pour prévenir la constipation. On joindrait à ces moyens la saignée du bras chaque fois que la congestion serait imminente sur le rectum, quelques révulsifs à l'extérieur, des frictions sèches sur la peau, et l'on ferait coucher le malade sur un lit dur et peu chaud. Mais, pour se débarrasser d'une incommodité souvent peu gênante, peu d'hommes consentent à renoncer à leurs goûts et à leurs habitudes ; et c'est ainsi que le flux hémorrhoïdal est presque toujours incurable. Lorsqu'il devient excessif cependant, il importe de l'arrêter. A cet effet, on a recours aux moyens précédemment indiqués, aux bains et aux lavemens froids, aux fomentations froides sur les lombes et au périnée, aux injections astringentes, faites avec les dissolutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, d'alumine, de fer, ou avec les décoctions de quinquina, de roses de Provins, d'écorce de grenade, d'écorce de chêne ; et si tout cela est insuffisant, on pratique le tamponnement. Mais il est rare que les hémorrhagies spontanées du rectum soient assez graves pour nécessiter l'emploi de ce moyen ; il est même probable qu'il aurait peu d'efficacité, parce qu'elles sont souvent produites par toute l'étendue de la surface muqueuse de l'intestin, et que les moyens de compression n'agissent que sur sa partie inférieure. Si cependant on croyait devoir l'employer, on l'appliquerait en suivant les préceptes que nous établirons à l'occasion des hémorrhagies qui surviennent après les opérations que l'on pratique sur cette partie.

Il arrive assez fréquemment qu'il devient indispensable de rappeler le flux hémorrhoïdal. C'est lorsque sa disparition a été suivie de la phlegmasie d'un organe important ou d'une hémorrhagie plus dangereuse. On a conseillé, dans ces cas, les purgatifs, et surtout l'aloès; mais les sangsues à l'anus, en petit nombre, ont plus d'efficacité que ces médicamens. Il suffit souvent, pour le rappeler, de faire asseoir le malade au dessus d'un vase d'eau bien chaude, ou d'administrer un lavement irritant.

### De l'hématurie.

Les auteurs désignent sous le nom d'*hématurie*

tout pissement de sang, soit qu'il ait sa source dans les reins, dans les uretères, la vessie ou l'urèthre. Cette dénomination n'exprime donc qu'un symptôme; nous la conserverons cependant, pour ne pas avoir à décrire séparément l'hémorrhagie de chacune de ces parties diverses, ce qui nous exposerait à des redites. Il est d'ailleurs souvent très-difficile de reconnaître la véritable source de cette hémorrhagie. Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente.

*Causes.* Toutes les lésions mécaniques du rein, des uretères, de la vessie ou de l'urèthre, par un instrument acéré ou par la présence d'un calcul rempli d'aspérités, les coups sur les lombes ou sur l'hypogastre, l'équitation forcée, les secousses violentes, un effort pour soulever un fardeau trop pesant, peuvent produire l'hématurie. Mais dans ces cas, il y a presque toujours déchirure ou rupture de quelques vaisseaux, tandis qu'il y a seulement exhalation sanguine à la surface de la membrane irritée, lorsqu'elle est l'effet des causes suivantes : abus des diurétiques trop actifs, usage des cantharides, de la térébenthine, des purgatifs drastiques, suppression du flux hémorrhoïdal ou menstruel. L'âge adulte et la vieillesse prédisposent à cette affection; on l'observe plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

*Symptômes.* L'hématurie est quelquefois précédée de frissons, de refroidissement des extrémités, et de fréquence, plénitude et dureté du pouls. L'émission du sang, avec ou sans les urines, en est le signe non équivoque, mais il n'est pas toujours facile d'en reconnaître la source. Cependant, lorsque le malade éprouve un sentiment de douleur et de chaleur aux lombes, se prolongeant jusque dans le bassin, si surtout cette sensation est bornée à un seul côté et qu'elle s'accompagne de la rétraction du testicule correspondant, il est peu douteux que l'hémorrhagie ne vienne d'un rein; les urines sont diminuées ou presque nulles si les deux reins sont irrités. Si le sang s'est coagulé dans les uretères, en sondant le malade on ne le soulage nullement; si c'est dans la vessie, il en résulte de la pesanteur et du gonflement au pubis, des envies fréquentes d'uriner et du prurit au bout du gland. Lorsque l'hémorrhagie vient de la membrane muqueuse vésicale, l'émission du sang mêlé à l'urine est accompagnée de vives douleurs dans la vessie et le gland, d'un sentiment d'ardeur dans l'anus et l'urèthre, de ténesme, de constipation, de tiraillemens dans la vessie, qu'augmentent tous les efforts, le mouvement, la toux ou l'éternuement; et quelquefois de la fréquence et la petitesse du pouls et de sueur froide générale. Quand le sang vient de l'urèthre, il est sans mélange d'urine, son écoulement n'est pas précédé d'envie d'uriner; une douleur plus ou moins vive dans un des points de ce canal en précède et en accompagne l'issue. Enfin, on a donné pour caractère de l'hémorrhagie des uretères, la douleur ressentie dans le trajet de ces conduits; il n'est pas besoin de démontrer l'insignifiance de ce signe.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'hématurie n'est jamais continue; elle se manifeste ordinairement avec chaque émission des urines; quelquefois elle est périodique. Lebœuf (1) et Chaumeton (2) rapportent chacun une observation d'hématurie chez des hommes, dont le retour avait lieu tous les mois comme le flux menstruel. Quand la perte de sang est légère, elle n'influe guère sur la santé qu'après avoir duré plusieurs années; mais lorsqu'elle est considérable, elle affaiblit promptement, et entraîne des conséquences rapidement funestes; elle peut être tellement abondante que la mort en soit la suite immédiate; mais cela est rare. Comme toutes les hémorrhagies, l'hématurie devient quelquefois le moyen de guérison d'une autre maladie, mais plus fréquemment peut-être, elle n'améliore en rien l'affection dans le cours de laquelle elle survient. L'irritation dont elle dépend toujours, s'élève quelquefois au degré de l'inflammation, et alors le sang cesse de couler. L'hématurie qui est l'effet d'une lésion mécanique n'est point grave par elle-même; tout le danger, s'il en existe, dépend de la lésion dont elle n'est qu'un symptôme; elle ne peut en augmenter la gravité que par sa continuité ou son abondance. Lorsqu'elle est produite par une cause instantanée, comme l'ingestion des cantharides, elle guérit en général assez facilement; mais quand elle est survenue sans cause bien appréciable, ou du moins par une cause qui ne produit pas cet effet chez la plupart des hommes, elle est toujours grave, surtout si le sujet est âgé, parce qu'elle annonce une prédisposition toujours difficile et souvent impossible à détruire.

*Caractères anatomiques.* On a trouvé, dans les cadavres des individus qui ont succombé à l'hématurie, des plaques rouges, des vaisseaux injectés ou variqueux, à la surface de la membrane muqueuse des voies urinaires; du sang a quelquefois été rencontré dans les bassinets, les uretères ou la vessie: enfin, la substance du rein s'est présentée tantôt extrêmement pâle et tantôt gorgée de sang.

*Traitement.* L'hématurie qui est l'effet d'une lésion mécanique n'exige pas de traitement particulier, c'est contre sa cause que tous les moyens thérapeutiques doivent être dirigés; si cependant elle était excessive, on pourrait essayer de l'arrêter par les saignées du bras et les applications froides aux cuisses, aux lombes ou sur l'hypogastre. Quand elle est l'effet de l'ingestion des cantharides ou des purgatifs âcres, les saignées générales et locales, si l'irritation est intense, les boissons mucilagineuses et émollientes, les lavemens, les cataplasmes sur l'hypogastre, et les demi-bains de même nature, le repos et la diète, sont indiqués. On a beaucoup vanté le camphre contre les irritations vésicales, et principalement contre celles qui sont l'effet des cantharides. N'ayant pas été à même d'essayer assez de fois ce médicament dans cette circonstance, nous nous abstenons de prononcer sur le degré de confiance qu'il mérite.

L'hématurie qui est le résultat d'un coup ou d'une chute, guérit assez facilement par les antiphlogistiques ci-dessus indiqués. Ces mêmes moyens conviennent dans toute hématurie aiguë,

(1) *Journal de médecine*, tome V, année 1756.
(2) *Bulletin des sciences médicales*, juin 1809.

quelle qu'en soit la cause. On peut varier les boissons, et, au lieu de mucilagineuses, les donner acidules, comme le petit-lait, la limonade, l'eau saturée d'acide carbonique, etc. L'abstinence du vin et de toutes les liqueurs stimulantes, celles des alimens azotés, autant que cela est possible, une continence parfaite, l'usage exclusif du lait, des fécules et des végétaux, dont il faut encore retrancher tous ceux qui jouissent de propriétés diurétiques, comme l'asperge, le salsifis, la raiponce, etc.; enfin les vêtemens de laines, telles sont les précautions hygiéniques dont le malade doit user.

Dans l'hématurie chronique, les saignées locales jointes aux autres moyens antiphlogistiques et au régime, suivis de bonne heure de ventouses sèches ou scarifiées, aux lombes, à l'hypogastre, aux aînes, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, sont encore à préférer aux autres moyens. Si les ventouses étaient insuffisantes, on ferait bien de recourir aux révulsifs puissans, tels que les sétons au périnée, que nous avons indiqués contre la cystite chronique. Les purgatifs minoratifs sont quelquefois suivis de la suspension de l'écoulement du sang. On a conseillé les décoctions de quinquina, les eaux ferrugineuses, la plupart des eaux minérales, l'opium et la plupart des astringens connus; mais l'efficacité de ces divers moyens est loin d'être bien établie. L'opium, le ratanhia, et leurs diverses préparations, méritent cependant une exception. Enfin, lorsque le sang s'est accumulé dans la vessie, on l'évacue par le moyen du cathétérisme, et s'il est coagulé dans l'intérieur de cet organe, on y fait des injections avec de l'eau tiède, ou une légère dissolution alcaline si les symptômes d'irritation sont peu prononcés.

### De la métrorrhagie et de la ménorrhagie.

Dans l'état naturel, l'utérus est le siége d'une hémorrhagie périodique qui reparaît à peuprès tous les mois, et qui a reçu les noms de *mois*, *règles*, *flux menstruel*, et *flux périodique*. La quantité de sang que perd ainsi la femme est très-variable, et tel flux menstruel, qui n'est qu'ordinaire pour celle-ci, constituerait une hémorrhagie abondante chez celle-là. On reconnaît qu'une hémorrhagie utérine est morbide, si la femme déclare qu'elle a perdu plus de sang que d'habitude, si en même temps, au lieu de se sentir allégée et plus forte, comme il est d'ordinaire après l'écoulement menstruel, elle est faible et éprouve du malaise; enfin si cette perte de sang a lieu à une autre époque que celle du flux menstruel. On appelle *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, et *métrorrhagie* les hémorrhagies de l'utérus en général. Nous réunissons dans un même article ces deux hémorrhagies, qui ne diffèrent que par l'époque à laquelle elles surviennent, parce qu'elles ont le même siége et sont de même nature; ce qui ne permet pas de les séparer. C'est en un mot la même maladie avec une différence peu importante dans les circonstances où elle se manifeste. Elle est aiguë ou chronique, presque toujours irrégulièrement intermittente, et quelquefois parfaitement périodique.

*Causes.* On regarde généralement comme prédisposant aux hémorrhagies utérines le tempérament sanguin joint au tempérament nerveux, c'est-à-dire la réunion d'un système sanguin très-développé et d'un système nerveux très-irritable; une grande irritabilité de l'utérus, l'adolescence, une nourriture trop succulente, la chaleur atmosphérique, le printemps, l'usage des chaufferettes, et les désirs amoureux trop vifs. Parmi les causes plus prochaines, on place la phlegmasie chronique de la matrice, l'état de couches, l'abus du café, des médicamens dits emménagogues, des liqueurs spiritueuses, et de tous les stimulans; les excès vénériens, la masturbation, l'abus des injections chaudes, un exercice violent, les secousses d'une voiture, les passions fortes et instantanées, comme un emportement de colère, une grande joie, une frayeur, etc.; quelques passions continues, telles que la jalousie.

*Symptômes.* Lorsque l'hémorrhagie utérine succède à l'écoulement des règles, elle ne s'annonce par aucun symptôme particulier; seulement le sang coule plus abondamment que de coutume, la femme s'affaiblit et devient pâle, l'appétit se perd; mais quand elle a lieu à toute autre époque, elle s'annonce ordinairement par les symptômes généraux qui précèdent toute congestion locale un peu forte, tels que frissons, refroidissement des extrémités, plénitude, fréquence et dureté du pouls; auxquels succèdent bientôt les signes locaux de la congestion elle-même, savoir: la démangeaison et la chaleur du vagin et de la matrice, la douleur et la pesanteur des lombes, la constipation, la fatigue et l'engourdissement des membres et en particulier des cuisses. Enfin, une légère horripilation se manifeste, le sang coule, et tous les symptômes de congestion disparaissent. On voit que ces symptômes ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent le flux menstruel chez beaucoup de femmes; c'est qu'en effet, dans les deux cas, le sang afflue vers l'utérus et coule au dehors sous l'influence de l'irritation locale. Toute hémorrhagie utérine précédée de ces signes a reçu le nom d'*active*.

Mais si cette hémorrhagie se renouvelle souvent, la femme s'affaiblit de plus en plus, sa pâleur devient extrême, elle ne peut se livrer au moindre exercice sans être essoufflée, ses pieds s'œdématient, etc. En même temps les signes généraux précurseurs de toutes les hémorrhagies et ceux de la congestion locale s'effacent graduellement, et l'écoulement du sang finit par ne plus être précédé des uns ni des autres. C'est alors que les auteurs disent que l'hémorrhagie est devenue *passive*; mais il est évident que la malade seule a changé et non la maladie, celle-ci est seulement passée à l'état chronique. Il arrive quelquefois que, dès le début, les symptômes indiqués sont si légers qu'ils restent inaperçus par la malade et le médecin inattentif: on dit encore alors que l'écoulement sanguin est *passif*; mais avec de l'attention on découvre toujours des signes non équivoques d'irritation locale; l'hémorrhagie a seulement débuté sous forme chronique.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'hémorrhagie utérine peut se manifester une fois et ne plus reparaître; mais elle se renouvelle, et alors, ainsi que nous l'avons souvent dit, elle est irrégulièrement

intermittente. Picqué rapporte dans le *Journal de médecine*, tom. 42, année 1774, un exemple de métrorrhagie intermittente quotidienne, qui revenait régulièrement chaque jour à six heures du matin. Dans un Mémoire intéressant de M. Arloing, on lit une observation de métrorrhagie intermittente tierce, qui, comme la précédente, céda à l'administration du quinquina (*Journal général de médecine*, tome 58). Quelquefois cependant elle est continue et dure plusieurs jours sans interruption; quand elle est intermittente, sa durée est très-variable. Elle peut être assez abondante pour donner la mort immédiatement, mais ce n'est pas la terminaison la plus ordinaire. Lorsqu'elle dure long-temps, elle conduit à l'épuisement, à l'infiltration et au marasme. Enfin, les auteurs ont avancé qu'elle entraînait quelquefois à sa suite le cancer de l'utérus; cela veut dire que l'irritation qui l'entretient finit parfois par amener la dégénérescence du tissu de l'organe. Plus l'hémorrhagie est abondante et ancienne, et plus ce pronostic est grave, *et vice versâ*.

*Caractères anatomiques.* Ou bien ils ne sont pas appréciables, ou ce sont ceux des phlegmasies chroniques de l'utérus.

*Traitement.* Ici, comme dans toute autre maladie, il faut commencer par éloigner les causes. Le moyen qui convient le mieux ensuite, est la saignée du bras. Si nous la plaçons en première ligne, ce n'est pas que nous la conseillions dans tous les cas, mais c'est parce que nous la croyons trop peu employée contre cette affection. On doit toujours y avoir recours chez les femmes fortes et pléthoriques, lorsque l'hémorrhagie est considérable, et qu'elle s'est accompagnée de symptômes généraux et locaux très prononcés. Elle est souvent très-utile encore dans les degrés de moindre intensité. Il faut en même temps mettre la malade dans un lieu frais, la coucher horizontalement sur un simple matelas de crin, la couvrir à peine, lui administrer des boissons froides et acidulées, et la laisser à une diète sévère. Si cela ne suffit pas, on applique des linges trempés dans l'eau et le vinaigre froids sur l'hypogastre et sur la partie interne des cuisses; on fait plonger les mains dans l'eau froide, on pose des ventouses aux mamelles, derrière les épaules et sur les bras, et l'on fait administrer des lavemens d'eau froide. Quand l'hémorrhagie est accompagnée de douleur dans l'utérus, les sangsues au-dessus du pubis, les cataplasmes émolliens et narcotiques sur l'hypogastre et les lavemens de même nature produisent d'excellens effets. Dans le cas contraire, on emploie avec avantage les injections styptiques et astringentes, ordinairement composées d'oxycrat. Le tamponnement devient rarement nécessaire. On parvient assez souvent à arrêter les hémorrhagies utérines qui sont produites par les affections morales, à l'aide de l'opium, de l'assa-fœtida donnés en lavemens, ou du camphre, du castoréum, du safran et autres antispasmodiques portés dans l'estomac. Enfin, un moyen puissant, qui compte aussi quelques succès, consiste dans la provocation du vomissement par l'ipécacuanha. Suivant l'intensité de l'hémorrhagie, les uns ou les autres des moyens précédemment indiqués suffisent, la simple soustraction de la cause a souvent guéri sans autre médication.

Lorsque l'hémorrhagie est chronique, il faut prescrire un régime doux, l'abstinence de tous les excitans, les bains tièdes, les cataplasmes émolliens sur la région hypogastrique, les applications de sangsues à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses, et les boissons de riz gommeuses et édulcorées avec le sirop de grande consoude. Si elle continue malgré ces moyens, on fait aciduler les boissons avec l'eau de Rabel, l'acide sulfurique, ou bien on administre l'extrait ou la décoction de racine de ratanhia; on place des vésicatoires à la partie interne et supérieure des cuisses; enfin, on pratique des injections astringentes. Les docteurs Porta et Ferrario en Italie, et le docteur Cavalier en France, ont eu recours avec le plus grand succès au tannin, à la dose de deux grains de deux heures en deux heures. On a beaucoup vanté le sulfate d'alumine à l'intérieur; ce médicament paraît en effet posséder quelque efficacité contre les métrorrhagies chroniques; on l'administre ordinairement à la dose de deux gros dans une pinte de véhicule. C'est contre cette hémorrhagie surtout que le nitrate de potasse est efficace; on l'administre à hautes doses jusqu'à une once ou deux dans les vingt-quatre heures. Le quinquina, les amers, les eaux ferrugineuses, etc., ont été préconisés dans l'intervalle des hémorrhagies; nous pensons qu'ils sont très-rarement utiles et souvent nuisibles. Il en est de même des vomitifs fréquemment répétés, conseillés par quelques auteurs. Le quinquina seul est avantageux dans les cas de métrorrhagie périodique. Enfin, dans les cas extrêmes, il faut pratiquer le tamponnement. On y procède ainsi qu'il suit:

Quand l'hémorrhagie n'est pas très-forte, on introduit un *speculum uteri*, qui met l'orifice de l'utérus à découvert. Cela fait, on se sert du canal du spéculum pour conduire jusque sur cet orifice une éponge molle et fine, imprégnée d'eau de rose ou de quelque autre liqueur légèrement astringente, et on la pousse jusqu'au fond du vagin à l'aide d'une longue pince, puis on retire le spéculum en continuant à soutenir l'éponge avec l'instrument qui a servi à la faire parvenir à sa destination. Une anse de fil passée dans l'éponge et qu'on laisse pendre à l'extérieur, sert à la retirer lorsqu'elle a séjourné assez long-temps. Lorsque ce moyen simple et doux ne suffit pas, on se sert, au lieu d'éponge, de boulettes de charpie ou d'étoupes un peu fermes, saupoudrées, s'il en est besoin, de colophane, et on les accumule les unes sur les autres, en retirant à mesure le spéculum, jusqu'à ce que le vagin en soit rempli complètement. L'appareil est terminé par un dernier tampon placé à l'extérieur, et par une épaisse compresse soutenue à l'aide d'un bandage ou d'une bande fortement serrée. Ce pansement arrête sûrement l'hémorrhagie mais il n'est pas sans inconvénient. La charpie ne tarde pas à se durcir et à irriter le vagin et la matrice, déjà disposés à s'enflammer par l'effet de la gêne qu'ils éprouvent, et l'irritation se propageant au rectum et à la vessie, produit des envies pressantes d'aller à la selle et d'uriner, d'autant plus fatigantes que la compression s'étend

jusqu'au rectum et au canal de l'urèthre, et qu'elle est quelquefois assez forte pour opposer un obstacle insurmontable à l'évacuation des matières fécales, des vents et de l'urine; quelquefois même il est impossible de sonder les malades sans ôter préalablement les boulettes de charpie les plus extérieures. Aussi quelques chirurgiens donnent-ils le précepte de commencer par placer à demeure une sonde de gomme élastique dans l'urèthre. Enfin, les boulettes engagées profondément dans le vagin ne sont pas tellement faciles à retirer, lorsqu'elles ont séjourné long-temps, qu'il n'en résulte quelquefois des pincemens, des tiraillemens douloureux, et la récidive de l'hémorrhagie.

Ces inconvéniens sont graves, ils rendent quelquefois la position des malades tout-à-fait intolérable, et doivent engager les praticiens à n'employer cette sorte de tamponnement que dans le cas où il ne peut être remplacé par aucun autre moyen.

Lorsque l'hémorrhagie est entretenue par une phlegmasie aiguë ou chronique de l'utérus, ou par la dégénérescence cancéreuse de cet organe, elle n'est plus alors qu'un symptôme secondaire, et devient rarement la source d'indications spéciales; c'est contre la maladie principale que tous les efforts doivent être dirigés. Elle est quelquefois si abondante cependant, qu'il est nécessaire de recourir aux moyens que nous avons indiqués précédemment.

#### HÉMORRHAGIES DU SYSTÈME SÉREUX.

##### Considérations générales.

Chez quelques individus, l'irritation des membranes séreuses s'accompagne d'hémorrhagies, sans que l'on sache la cause de cette particularité. Les exemples en sont rares. M. Broussais rapporte dans son excellente *Histoire des phlegmasies chroniques*, un exemple de pleurite (1) et un de péritonite (2) avec épanchement sanguin, et fait remarquer que, dans ces cas, la douleur est ordinairement atroce; mais nous ne connaissons pas un seul exemple d'hémorrhagie des ces membranes qui ne soit accompagnée de leur inflammation, et que l'on puisse par conséquent regarder comme une véritable irritation hémorrhagique et non comme un symptôme. Il est donc encore douteux si les membranes séreuses sont ou non susceptibles d'irritations hémorrhagiques comme les membranes muqueuses. Heureusement cette incertitude n'est ici d'aucune influence sur la pratique. Le sang de ces hémorrhagies ne pouvant pas s'écouler au dehors, on n'en soupçonne presque jamais l'épanchement pendant la vie, et on parviendrait même à le reconnaître, qu'il n'en résulterait aucune modification dans le traitement.

---

# ORDRE TROISIÈME.

## IRRITATIONS SUB-INFLAMMATOIRES OU SUB-INFLAMMATIONS.

### De la sub-inflammation en général.

Les irritations dont nous allons maintenant nous occuper ne forment peut-être pas un ordre bien naturel ni bien tranché; quelques unes ont de nombreux rapports avec les phlegmasies, et sont regardées comme telles par plusieurs auteurs; telles sont *le sclérome*, *la lèpre*, *l'éléphantiasis des Grecs*, *la cataracte*; d'autres sont mises sur la même ligne que le *cancer*, les *tubercules*, *etc.*, tels sont les *engorgemens des ganglions lymphatiques sous-cutanés*, *l'engorgement indolent des organes glandulaires*, etc. Mais il nous a semblé qu'on ne pouvait ranger les premières parmi les inflammations, sans forcer les analogies, ni les secondes parmi les désorganisations, sans se mettre en opposition avec les faits. Sont-ce bien des inflammations en effet, ces engorgemens sans douleur, sans chaleur et surtout sans rougeur, que l'on voit se développer assez souvent dans nos tissus d'une manière en quelque sorte spontanée? Peut-on les regarder comme des désorganisations semblables au squirrhe et aux tubercules, quand on les voit se résoudre parfois très-promptement, et sans avoir altéré en rien les tissus dans lesquels ils s'étaient formés? Ces objections nous paraissent puissantes; cependant elles ne sont pas sans réplique, et nous avouons que la nature des affections de cet ordre est loin encore d'être complètement connue. Quoi qu'il en soit, essayons d'en tracer l'histoire générale.

L'irritation *sub-inflammatoire* ou la *sub-inflammation*, quoique pouvant survenir chez tous les individus, s'observe plus particulièrement chez ceux dont le système lymphatique prédomine; aussi est-ce chez les femmes et chez les enfans qu'on la rencontre le plus fréquemment primitive. Trois ordres de causes peuvent la produire : elle peut naître sous l'influence de toutes les causes ordinaires d'irritation; elle succède souvent à des inflammations chroniques dans lesquelles la chaleur et l'injection sanguine ont graduellement disparu; enfin elle se développe fréquemment sous l'influence du froid humide prolongé, et d'une alimentation trop peu excitante. La manière d'agir des deux premiers ordres de causes se conçoit aisément, mais il n'est pas aussi facile d'expliquer l'action des dernières. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles appauvrissent le système sanguin, et donnent une grande prédominance au système lymphatique, et rendent de la sorte plus faciles les engorgemens blancs.

La sub-inflammation est rarement aiguë; elle se montre presque toujours à l'observateur sous forme chronique et continue. En général, peu de

(1) Tome Ier, page 162, 2e édition.
(2) Tome II, page 415, 2e édition.

douleur et peu de chaleur l'accompagnent, et rarement elle provoque des sympathies. L'indolence, la tuméfaction, l'induration et la coloration blanche des tissus, la lenteur dans le développement et la marche vers la guérison ou la désorganisation, enfin l'absence presque complète de phénomènes sympathiques, en forment les caractères principaux.

On ignore si la sub-inflammation peut se terminer par délitescence, et, à en juger par la nature même de ce mode d'irritation, il ne paraît pas qu'il soit susceptible de ce mode de terminaison. Mais la sub-inflammation peut offrir tous les autres modes de terminaison que présente l'inflammation. Comme celle-ci, elle peut donc se résoudre, suppurer, s'ulcérer ou se terminer par la gangrène. Tous ces caractères lui donnent, en grande partie, la plus grande analogie avec l'irritation inflammatoire, et justifient l'opinion des médecins qui pensent qu'elle ne constitue pas un état morbide particulier; mais elle en possède d'autres qui, comme nous l'avons déjà dit, la rapprochent des désorganisations dont elle n'est souvent que le premier degré. Quoi qu'il en soit, la résolution en est lente, et cependant elle en constitue le mode de terminaison le plus favorable.

L'induration par laquelle on la voit fréquemment se terminer serait un état peu grave s'il restait stationnaire, comme cela arrive quelquefois; mais le plus ordinairement l'inflammation vient tôt ou tard s'emparer du tissu sub-enflammé et induré, la suppuration s'y établit, et ce mode de terminaison peut alors devenir funeste si l'organe affecté est important. Quant à la gangrène, ce n'est que secondairement qu'elle termine quelquefois la sub-inflammation; il faut toujours, pour qu'elle ait lieu dans ce cas, qu'une inflammation violente se soit emparée de la partie sub-enflammée; à la rigueur ce n'est pas un mode de terminaison de la sub-inflammation.

Les caractères anatomiques de la sub-inflammation consistent dans l'engorgement blanc des tissus, et leur état d'induration sans traces d'injection sanguine; son traitement repose sur les mêmes bases que celui de toutes les irritations en général.

### SUB-INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE.

#### Considérations générales.

Le tissu cellulaire est quelquefois le siége de sub-inflammation; comme dans tous les autres tissus, cette irritation y est primitive ou secondaire à l'inflammation : dans les deux cas, son histoire est presque toujours confondue avec celle de la phlegmasie à laquelle elle succède, ou avec celle des désorganisations qui en sont le terme fréquent. Il ne sera donc question ici que du *sclérôme* ou *endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés*, et de l'*éléphantiasis des Grecs.*

#### Du sclérôme ou endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés.

La nature de cette maladie n'est pas bien connue, et il serait bien possible qu'elle ne fût que le symptôme d'une affection éloignée. Telle était déjà, en 1789, l'opinion de Hulme, qui attribuait cette maladie à une inflammation des poumons; telle est aussi l'opinion de plusieurs médecins distingués de nos jours, et en particulier des professeurs Breschet en France, et Paletta en Italie. Ce dernier, dans un Mémoire lu à l'Institut de Milan (1), attribue le sclérôme à une respiration incomplète chez quelques nouveau-nés, d'où résulte un développement insuffisant de calorique, et par suite la torpeur, la stupeur, le froid glacial des membres, et l'endurcissement du tissu cellulaire. Cette opinion nous paraît très-plausible, et nous espérons que de nouveaux faits viendront la confirmer. Le sclérôme alors ne serait plus que le symptôme d'une asthénie du poumon.

*Causes.* Cette maladie peut attaquer tous les enfans indistinctement; mais les enfans faibles, et ceux qui naissent avant terme en sont plus fréquemment atteints que les autres. Elle survient presque constamment dès les premiers jours de la naissance, rarement au-delà du quatrième ou du cinquième. Le froid et l'humidité paraissent favoriser son développement; cependant le professeur Paletta dit l'avoir observée plus fréquemment au printemps et en automne que dans les autres saisons, et quelquefois en été. M. Gardien en a observé aussi un exemple pendant les grandes chaleurs.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Quelquefois l'endurcissement occupe tout le tissu cellulaire; mais le plus ordinairement il est borné à la face et aux extrémités : c'est là d'ailleurs qu'il est toujours plus apparent. Les signes n'en sont pas équivoques; ce sont, l'engorgement, le gonflement, le froid et la rigidité des membres, la dureté du tissu cellulaire, qui résiste à l'impression du doigt, et la couleur rougeâtre, jaune ou livide de la peau. Le gonflement est uniforme, et jamais en tumeur circonscrite. Il est parfois considérable au point de faire paraître les membres abdominaux comme arqués. La dureté est en général plus marquée au creux des joues et aux jambes. Enfin, lorsque l'on cherche à réchauffer les membres, on n'y parvient qu'avec peine; ils reçoivent le calorique comme les corps bruts et l'émettent de même. Il se joint quelquefois à ces symptômes un léger *trismus :* presque toujours la déglutition est difficile; l'enfant ne peut pas prendre le mamelon, et il jette continuellement un cri faible et plaintif. Lorsque le sclérôme n'occupe que les extrémités inférieures, il est peu dangereux; plus il occupe de surface et plus son pronostic est grave. M. Andry a fait la remarque que jamais il n'envahissait les parois thoraciques. Il se termine par la guérison ou par la mort.

*Caractères anatomiques.* On trouve, à l'ouverture des cadavres, le tissu cellulaire compacte, grenu, et souvent rempli d'une sérosité abondante de couleur jaune foncée. Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques participent à l'engorgement. Camper a toujours trouvé, dans chaque joue, au dessous des pommettes, des tubercules gros comme

(1) Voyez la traduction de ce Mémoire par M. Bailly, dans les *Archives générales de médecine*, tome V, pages 105 et suivantes.

une aveline, et assez durs. Mais les lésions qui paraissent les plus importantes sont celles que l'on observe dans les organes intérieurs. Elles consistent dans des engorgemens sanguins des poumons, du cerveau et du foie, et une stase du sang dans tout le système veineux.

*Traitement.* L'incertitude qui a régné jusqu'à ce jour sur la nature du sclérôme n'a pas permis de lui appliquer un traitement rationel. Dans le but de ramollir les parties endurcies, de ranimer la circulation et la chaleur, et de déterminer l'absorption du liquide épanché, on a conseillé les bains, les fumigations et les fomentations avec des décoctions de plantes émollientes au début et aromatiques par la suite, les cataplasmes, l'eau de Goulard, la décoction de quinquina, animées avec l'eau-de-vie camphrée; les lotions avec l'eau salée ou l'eau de savon; et enfin les vésicatoires le plus près possible des parties affectées. Enfin, on a conseillé aussi l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, pour combattre la congestion cérébrale lorsqu'elle existe. Mais le professeur Paletta rapporte, dans le Mémoire cité, que, sur quarante-trois enfans atteints d'endurcissement du tissu cellulaire, confiés à ses soins, il en a guéri quarante-deux par le moyen des sangsues aux jambes et des bains chauds. Le plus souvent, dit-il, une seule application de sangsues a suffi, surtout chez les enfans à terme; sur dix venus avant terme, on a dû les appliquer deux fois, et sur deux, on fut obligé de les poser trois fois. Un succès aussi constant dispense de rien ajouter en faveur de la médication proposée. Nous devons dire que nous avons entendu, il y a plusieurs années, M. le professeur Broussais conseiller contre la maladie qui nous occupe, l'application des sangsues sur le thorax.

### De l'éléphantiasis des Grecs (1).

L'éléphantiasis des Grecs, *lèpre tuberculeuse* de la plupart des auteurs, est une sub-inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, qui consiste dans le développement de petites tumeurs, variables en grosseur depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une aveline, indolentes, livides, sans traces d'injection sanguine et sans accroissement de la chaleur locale, et déterminant un peu d'œdème autour d'elles, lesquelles se développent principalement sur la face sur les oreilles, et sur les membres. Quelques unes de ces tumeurs occupent l'épaisseur du derme, ce qui a fait ranger la maladie, par plusieurs auteurs, parmi les phlegmasies de la peau; il s'en développe quelquefois à la voûte palatine.

*Causes.* Les causes de cette affection sont peu connues; on ne l'observe que rarement en France, si ce n'est aux Martigues, près de Marseille; elle se montre principalement dans les pays voisins de la mer, les îles et les contrées marécageuses ou baignées par de nombreux étangs, et sur les habitans qui font leur nourriture habituelle des poissons gras et huileux: elle attaque tous les âges et les deux sexes indistinctement; la malpropreté paraît contribuer à son développement.

*Symptômes, marche, etc.* Nous avons déjà fait connaître en partie les symptômes de l'éléphantiasis des Grecs, en donnant sa définition, mais il présente quelques particularités, suivant le siége qu'il affecte. Lorsqu'il occupe la face, ce qui est le plus ordinaire, il la déforme d'une manière hideuse, et lui donne un aspect particulier que l'on a comparé à l'aspect de la face du lion, d'où lui est venu le nom de *lèpre léontine* ou *léontasis*, sous lequel on le désigne quelquefois. Voici les caractères qu'il présente alors: il se manifeste par des rides épaisses et hideuses au front, l'épaississement considérable des lèvres, la dilatation des narines, la raucité de la voix, l'accroissement des oreilles, la rougeur ou le blanc livide des yeux qui prennent une forme arrondie, le développement de tubercules nombreux disséminés çà et là sur le front, les joues ou les oreilles, et principalement sur les ailes et le lobe du nez.

Quand la maladie a son siége sur les membres inférieurs, la jambe et le pied surtout prennent un volume considérable; la peau en est dure, rugueuse, bosselée, grisâtre, presque insensible, et ridée transversalement; la surface dorsale du pied est gonflée au point de cacher en grand partie les orteils; la plante de cette même partie est bombée au lieu d'offrir la concavité qui lui est propre, et les tubercules dont elle est garnie sont aplatis; tout le membre enfin offre l'aspect informe de la jambe et du pied de l'éléphant. C'est en raison de cette analogie d'aspect que les auteurs ont donné le nom d'éléphantiasis à cette maladie; plusieurs la nomment *lèpre éléphantine.*

C'est par les mêmes caractères à peu près que les tumeurs de l'éléphantiasis des Grecs se manifestent sur les extrémités supérieures; on les observe toujours plus nombreuses sur les avant-bras, et à leur face externe et postérieure. Quand elles occupent les mains, il y a du gonflement œdémateux, et la peau est douce, luisante et ridée. Enfin, celles qui se développent à la voûte palatine, plus petites que celles de la peau, sont disposées sur une ligne droite depuis les dents incisives jusqu'au voile du palais; cette ligne est plus large en arrière qu'en avant; quelques unes se propagent parfois à ce voile lui-même et à la luette.

Quel que soit le siége des tumeurs qui nous occupent leur marche est en général la même; elles s'accroissent lentement, restent souvent stationnaires, et ce n'est que de loin à loin qu'on en voit de nouvelles s'adjoindre aux anciennes. La maladie s'établit donc ordinairement d'une manière insensible. Quelquefois, cependant, des symptômes précurseurs en marquent les approches; ils consistent dans de la faiblesse, de l'inaptitude au mouvement, de la stupeur, quelques douleurs vagues dans les membres, et de la gêne dans les articulations. L'apparition des tumeurs est précédée par des taches rouges ou jaune-verdâtres sur le front, le nez, les oreilles et le reste du corps; la peau perd de sa sensibilité, elle s'épaissit, devient rugueuse, se ride, et c'est alors que les tumeurs se développent çà et là à sa surface, dans son épaisseur et dans le tissu cellulaire. Quand,

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, tome I, pag. 656 et suivantes.

ensuite, la maladie a fait des progrès, la membrane muqueuse des fosses nasales se tuméfie, il s'en échappe une odeur infecte, l'odorat s'affaiblit et se perd, la gorge s'ulcère, les amygdales se tuméfient, l'haleine devient fétide et la voix rauque; la respiration est gênée, et, si l'on vient à examiner la voûte palatine, on y voit distinctement les tumeurs dont nous avons parlé. En même temps, lorsque la maladie occupe une grande étendue, les membres prennent des formes hideuses, la peau est rugueuse et sèche, ridée transversalement, surtout autour des articulations; les tumeurs deviennent le siége d'une inflammation plus ou moins aiguë, avec rougeur, chaleur et douleur; elles se ramollissent, suppurent et s'ulcèrent en donnant issue à un pus sanguinolent qui se dessèche promptement, et forme des croûtes brunes ou noirâtres dépassant à peine le niveau de la peau. Ces ulcérations restent souvent stationnaires, mais souvent elles prennent un caractère rongeant; leur surface est d'un rouge sale, les bords en sont relevés, durs, inégaux; il s'en écoule une suppuration abondante, fétide et semblable à de la lavure de chair, et elles envahissent parfois les muscles et même les cartilages et les os, et les détruisent. Tout le corps est bientôt couvert d'ulcérations semblables; les doigt des pieds et des mains, les oreilles, le nez, tombent par lambeaux; les organes pulmonaires et digestifs ne tardent pas à s'affecter; la gêne de la respiration, la perte de l'appétit, une soif dévorante, la diarrhée, les selles sanguinolentes, conduisent le malade au dernier degré du marasme, et la rigidité des membres et l'abolition des sens terminent un vie depuis long-temps devenue insupportable.

La peau qui recouvre les parties affectées perd ordinairement, comme nous l'avons déjà dit, sa sensibilité; la barbe, les sourcils et les poils des aisselles, des parties génitales et des membres, tombent, ou ne se développent pas si la maladie survient avant la puberté. L'éléphantiasis paraît n'exercer pendant long-temps aucune influence sur les organes pulmonaires et digestifs; ce n'est qu'à son dernier terme et lorsqu'il est étendu que cette influence a lieu; il ne trouble pas la transpiration cutanée; enfin, il n'exerce sur les désirs vénériens ni l'action excitante que lui attribuent quelques pathologistes, ni l'action contraire que d'autres lui prêtent. Quant à ses caractères anatomiques, ils sont encore peu connus; suivant quelques auteurs, les tumeurs sont uniquement formées par du tissu cellulaire induré; suivant d'autres ce sont autant de petits kystes contenant une sérosité gluante et rougeâtre; la peau ne s'est montrée enflammée que sur les tumeurs en suppuration ou ulcérées.

*Traitement.* On a conseillé contre cette maladie le régime végétal et lacté, les bouillons gélatineux, la chair de tortue et les bains émolliens et narcotiques. On a eu recours aux évacuations sanguines, aux purgatifs, aux sudorifiques, aux préparations antimoniales, mercurielles et arsénicales, à la teinture de cantharides, presque sans succès. L'arsenic et ses diverses préparations est de tous ces moyens celui qui paraît cependant mériter la préférence. M. Rayer pense qu'il agit en portant une action irritante sur la peau, et que par conséquent on obtiendrait le même résultat et avec moins de danger par les bains sulfureux, et surtout par des frictions avec le liniment volatil ou la pommade d'hydriodate de potasse, en surveillant toutefois l'action de ces agens, afin d'être toujours prêt à les suspendre et à modérer l'inflammation s'ils l'avaient élevée à un degré trop considérable (1).

Il n'y a rien à faire en général contre les ulcérations qui succèdent aux tumeurs de l'éléphantiasis qui siége sur les membres thoraciques; elles se guérissent ordinairement d'elles-mêmes, et leur cicatrisation s'opère au dessous des croûtes qui les recouvrent. Celles des orteils, des pieds, et surtout celles des malléoles et des jambes guérissent difficilement, mais elles ne réclament que les moyens ordinaires que l'on applique à tous les ulcères en général.

L'émigration dans d'autres contrées est le plus puissant moyen, sinon de guérison, au moins d'amélioration de l'éléphantiasis produit par des influences locales.

## SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

### Considérations générales.

La sub-inflammation est plus fréquente dans les ganglions lymphatiques que l'inflammation: cela tient à leur peu de vitalité, à la nature des fluides qui les traversent, et à leur éloignement de toutes les causes d'excitation. Protégés par la peau contre les agens extérieurs ou placés dans la profondeur des parties, ces organes ne reçoivent presque jamais directement l'influence des causes irritantes, elle leur est presque toujours transmise. C'est ainsi que les ganglions du mésentère et ceux qui entourent les bronches, ne s'irritent en général que sous l'influence de la stimulation des membranes muqueuses intestinales et bronchiques; et ceux du cou, des aisselles et des aines, par l'effet de l'excitation de la peau ou des parties voisines, ou par l'action des causes qui débilitent le système sanguin. Ce n'est donc que dans le cas d'absorption d'un virus par les radicules lymphatiques, que l'action de l'agent morbifique est immédiate, et c'est seulement alors aussi qu'on les voit devenir le siége d'inflammation violente et quelquefois de gangrène rapide. Il résulte de toutes ces causes que les ganglions lymphatiques se gonflent lentement, s'échauffent à peine, restent pendant long-temps indolores, et deviennent facilement squirrheux ou tuberculeux. Quant aux capillaires lymphatiques, ils ne donnent également lieu, quand ils sont irrités, qu'à des phénomènes purement locaux, et même moins saillans que ceux que provoque l'irritation des ganglions. Ainsi la chaleur de la partie n'est pas augmentée, la douleur est presque toujours nulle, il n'y existe pas de rougeur, et il ne reste pour caractériser leur sub-inflammation, que l'appel plus considérable de fluides blancs.

### De la sub-inflammation des ganglions lymphatiques.

On a confondu jusqu'à présent sous le nom de scrofules, deux affections du système lymphatique essentiellement différentes: l'une qui consiste dans

(1) *Ouvrage cité*, tom. I, pag. 666.

engorgement chronique, non sanguin et indolent, des capillaires et des ganglions lymphatiques du cou, et l'autre qui résulte du développement de véritables *tubercules* sous-cutanés dans la même région. Nous ne pouvons voir en effet des tubercules dans ces sortes d'empâtemens du cou, dont les enfans offrent de si nombreux exemples, ni dans ces engorgemens des ganglions lymphatiques de la même région, si fréquens chez les jeunes sujets à l'époque de la seconde dentition, très-communs aussi chez les femmes à Paris, et dont la résolution est souvent très-rapide, ou qui, lorsqu'ils viennent à s'enflammer, se ramollisent, suppurent et se fondent en totalité en fournissant un pus qui ne diffère pas de celui des abcès ordinaires. Ces engorgemens nous paraissent exactement de la même nature que ceux des ganglions lymphatiques de l'aine ou de l'aisselle, qui surviennent à l'occasion d'une blessure du pied ou de la main, et que ceux des ganglions lymphatiques du cou, provoqués par la présence d'un vésicatoire à la nuque, ou d'une suppuration du derme chevelu, dans la teigne par exemple, ainsi que cela s'observe fréquemment. Ce ne sont là que des sub-inflammations. Mais aussi, il nous semble qu'on ne doit pas rapprocher de ces engorgemens, ces masses dures dès les premiers temps de leur formation, qui s'accroissent lentement, sourdement, en prenant chaque jour plus de consistance, rebelles à tous les moyens résolutifs ou autres dirigés contre elles, lesquelles, lorsque l'inflammation s'en empare, ne se ramollissent que partiellement, fournissent une suppuration jaunâtre, très-liquide, et entraînant avec elle de petits flocons blanchâtres, qui paraissent être des débris de lymphe coagulée, suppuration intarrissable, bien que souvent peu abondante, et ne contribuant à l'affaissement des tumeurs qu'avec une lenteur désespérante. Ces masses sont bien évidemment formées par des tubercules sous-cutanés. Sans doute, il n'est pas toujours facile de distinguer ces affections entre elles; mais nous croyons, que dans un grand nombre de cas, cette distinction est possible, et nous allons essayer de tracer ici les caractères de la première, renvoyant aux désorganisations l'histoire de la seconde, c'est-à-dire celles des tubercules sous-cutanés ou *scrofules*.

*Causes*. Nous avons déjà fait connaître en partie les causes de cette affection; nous allons cependant les reproduire avec de nouveaux détails. Les plus ordinaires, les plus efficaces sont, pour les ganglions lymphatiques du cou, le travail de la seconde dentition, l'inflammation chronique qui s'observe fréquemment aux lèvres, au pourtour de la bouche et à l'entrée des narines des enfans, et qui couvre ces parties de croûtes jaunâtres ou grisâtres, la présence à la nuque d'un vésicatoire irrité, l'existence d'une teigne, les dartres du pavillon des oreilles ou la phlegmasie chronique du conduit auditif externe, et pour les ganglions lymphatiques des aisselles et des aines, les blessures et les inflammations des mains et des pieds, et quelquefois la simple fatigue de ces parties. L'inflammation de la verge dans la syphilis détermine quelquefois un engorgement indolent des ganglions lymphatiques de l'aine, qui n'a souvent rien d'inflammatoire, et doit être considéré comme un état de sub-inflammation.

Mais, à ces causes directes de l'engorgement des ganglions lymphatiques, il s'en ajoute souvent de plus éloignées, plus générales et qui n'en sont pas moins puissantes. Cela s'observe principalement pour l'engorgement de ceux du cou. Le froid humide et le défaut d'insolation exercent surtout une influence des plus marquées sur leur production. Paris, et principalement les rues étroites de la Cité, et toutes celles qui avoisinent la Seine, en offrent des exemples journaliers, et nous avons souvent remarqué que, dans les hivers humides, non-seulement beaucoup d'enfans, mais encore un grand nombre de femmes, même parmi celles qui jouissent des commodités de la vie, sont affectés de cette sub-inflammation. Le tempérament lymphatique, la finesse de la peau, une nourriture trop peu stimulante, et l'habitation dans les lieux bas et humides, favorisent singulièrement l'action de ces causes et contribuent au développement de la maladie.

*Symptômes*, *marche*, etc. Quelquefois annoncé par de la douleur, l'engorgement des ganglions lymphatiques, soit du cou, soit d'une autre partie, se forme le plus ordinairement sans qu'on s'en aperçoive; et s'il n'existe aucune de ces inflammations extérieures dont nous avons parlé qui puisse en faire soupçonner et rechercher l'existence, le hasard seul les fait découvrir. Quelquefois, cependant ils soulèvent la peau et deviennent apparans, dans quelques cas même cette membrane prend une légère teinte rosée au dessus d'eux. Quoi qu'il en soit, on sent immédiatement au dessous des tégumens des petites tumeurs, mobiles, ovales, de consistance moyenne, de grosseur variable depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une grosse olive, peu douloureuses en général à la pression, et tantôt disséminées, tantôt disposées en chapelet; quelquefois il n'en existe qu'une seule. Ces tumeurs restent très-souvent stationnaires, et ne causent que de loin à loin quelques douleurs passagères et peu vives; quelquefois cependant elles s'accroissent, mais lentement et sans augmenter de consistance; on ne les voit presque jamais devenir adhérentes; rarement elles prennent le caractère du squirrhe.

Au bout d'un temps plus ou moins long, après quelques mois, par exemple, au retour de la chaleur si la maladie a été contractée en hiver, ou par un séjour à la campagne, on voit les engorgemens diminuer peu à peu et finir bientôt par disparaître; tel est, du moins, leur mode le plus ordinaire de terminaison. Quelquefois cependant une des tumeurs s'enflamme, c'est ordinairement la plus volumineuse, elle prend de l'accroissement, se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre, fournit un pus crémeux et de bonne nature, s'affaisse et se dissipe en quelques jours, soit qu'elle ait été entièrement comprise dans la fonte purulente, soit qu'elle y ait échappé à sa circonférence. Pendant que ce travail morbide s'opère, il arrive toujours de deux choses l'une: ou bien tous les autres ganglions engorgés se résolvent, ou bien l'un d'eux s'enflamme à son tour quand le premier touche à sa guérison, et suit la même marche. On en voit

quelquefois trois ou quatre s'enflammer ainsi successivement et parcourir les mêmes périodes. Dans quelques cas enfin, on voit un ou plusieurs de ces engorgemens se perpétuer pendant plusieurs années. Cette affection, que l'on ne confondra plus maintenant, nous l'espérons, avec les scrofules, est rarement grave.

*Traitement.* C'est parce que l'on a jusqu'ici confondu la maladie que nous venons de décrire avec les scrofules, que le traitement de l'une et de l'autre est encore si incertain et surtout si contradictoire dans les auteurs. Ainsi, tandis que les uns vantent les saignées locales et tous les antiphlogistiques, à l'exclusion des stimulans, les autres ne voient de salut pour les malades que dans l'emploi des excitans les plus énergiques et proscrivent les adoucissans, et tous citent des faits nombreux à l'appui de leur opinion. Raisonnant sur un fait complexe dont chacun s'obstine à ne voir qu'une des faces, il est impossible qu'ils parviennent à tomber d'accord. Nous avons cherché la vérité entre ces opinions opposées; nous avons interrogé l'observation, ce que nous a rendu facile notre position dans un quartier populeux, rempli d'ouvriers, dont les enfans et les femmes nous offraient de fréquens exemples des faits que nous voulions étudier: et voici quels sont les résultats de notre expérience à cet égard.

L'engorgement des ganglions lymphatiques du cou cède très-bien aux cataplasmes émolliens et aux applications locales de sangsues chez les enfans sanguins, lorsqu'il existe des douleurs assez vives dans la partie engorgée, et lorsque surtout la peau qui recouvre les tumeurs offre une teinte rosée plus ou moins vive. Mais ce cas n'est pas le plus ordinaire, et dans un bien plus grand nombre de circonstances les cataplasmes seuls suffisent. Il est peut-être plus ordinaire encore de voir les tumeurs se résoudre aisément, sous la seule influence d'une chaleur uniforme et constante, entretenue dans la partie au moyen d'un morceau de flanelle ou de ouate de coton; quelquefois cependant il faut y joindre l'emploi des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. Dans des cas nombreux, les cataplasmes nuisent; ils augmentent les douleurs, provoquent un gonflement rapide des ganglions engorgés, et semblent y faire naître un état d'inflammation dont la suppuration serait bientôt la suite; c'est très-probablement à l'humidité qu'ils entretiennent dans la partie, humidité que nous avons vue être une des causes productrices de la maladie, qu'il faut attribuer leurs mauvais effets dans ces circonstances. Enfin les saignées locales, en déterminant une congestion sanguine vers les tumeurs, ont plus d'une fois aggravé le mal d'une manière bien évidente à nos yeux. La conséquence générale que nous avons tirée de toutes ces observations, a été que le parti le plus sage dans cette maladie est de se borner en général à entourer le cou des malades de flanelle ou de ouate de coton, et de n'avoir recours que rarement, dans les seules circonstances que nous avons signalées, aux frictions d'hydriodate de potasse et surtout aux saignées locales et aux cataplasmes. Voilà pour le traitement local.

L'usage d'une infusion de houblon ou tout simplement de la bière, d'un peu de sirop ou de vin dits *anti-scorbutiques*, nous a paru hâter quelquefois la guérison; jamais nous n'avons eu recours à des stimulans plus actifs; souvent les malades n'ont rien pris, soit par indocilité, soit parce qu'ils nous ont paru trop irritables ou atteints déjà d'une irritation de l'estomac, et n'en ont pas moins guéri. Il suffit de donner le sirop ou le vin dit *anti-scorbutique* pendant les saisons humides; il est prudent de le suspendre pendant les chaleurs ou le froid sec. Dans quelques cas où le mal nous paraissait rebelle, nous avons retiré des bons effets des préparations d'or employées en frictions sur la langue à la manière du docteur Chrestien. Mais presque chaque fois que les malades ont pu se vêtir de flanelle, se nourrir avec des alimens de bonne nature, et principalement avec des viandes rôties, ou tout simplement se transporter à la campagne pendant la belle saison, il a été inutile d'avoir recours aux moyens internes que nous venons d'indiquer.

En résumé, des vêtemens de flanelle sur la peau et surtout autour des tumeurs, une boisson amère, une nourriture saine, et, s'il se peut, le séjour à la campagne, telle est la thérapeutique simple qui convient à cette maladie. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que dans le cas où l'engorgement des ganglions lymphatiques est l'effet sympathique de l'inflammation de parties plus ou moins éloignées, il ne peut céder que lorsque ces inflammations ont disparu, et que c'est par conséquent contre elles qu'il faut diriger tous les moyens thérapeutiques.

### De la sub-inflammation des ganglions mésentériques.

Nous avons dit, en parlant de l'entérite, que c'était toujours sous l'influence de l'irritation de la membrane muqueuse des intestins que les ganglions du mésentère s'engorgeaient. Cet engorgement peut persister après la disparition de l'entérite; presque toujours il est de nature sub-inflammatoire. C'est à cette affection et aux *tubercules mésentériques* que l'on a donné le nom de *carreau*. Il est impossible de séparer l'histoire de cette maladie de celle de l'inflammation chronique des voies digestives; ce sont les mêmes causes, les mêmes symptômes, et le même traitement. Quand il n'existe pas d'entérite, l'engorgement des ganglions ne se manifeste en général par aucun symptôme; que si cet engorgement est assez considérable pour être appréciable au dehors, il est accompagné des phénomènes de l'entérite. C'est donc en vain qu'on chercherait à tracer l'histoire particulière de la sub-inflammation qui nous occupe: on ne pourrait que répéter ce qu'on aurait dit en traitant de la phlegmasie chronique du tube intestinal. nous ajouterons que nous avons toujours vu cette affection s'aggraver sous l'influence des médications stimulantes, et qu'il nous arrive chaque jour de la guérir par la méthode adoucissante. Les bains et les lavemens de décoction de son, les cataplasmes émolliens sur le ventre, les applications de sangsues à l'anus en petit nombre et proportionnées pour la fréquence à l'intensité des symptômes d'excitation, l'usage exclusif du lait ou de panades légères, et même la diète absolue si la chaleur de la peau et la fréquence du pouls sont

considérables, une boisson adoucissante, des vêtemens de flanelle appliqués immédiatement sur la peau, et le séjour à la campagne lorsque nous pouvons l'obtenir : tels sont les moyens qui nous réussissent presque constamment.

## SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME DERMOÏDE.

### Considérations générales.

La peau peut aussi contracter des sub-inflammations. Les tannes nous en paraissent un exemple bien évident, et nous ne pensons pas que l'on puisse rapporter ces affections aux phlegmasies ni les rallier aux désorganisations, à moins qu'on ne veuille y voir de petits tubercules. Il en est de même de la lèpre, maladie dans laquelle l'injection sanguine existe à peine dans quelques cas, et souvent même est tout-à-fait nulle, et qui est au contraire caractérisée par un appel considérable de fluides blancs. Ces deux maladies ne sont sans doute pas les seules sub-inflammations dont la peau soit susceptible; mais celles qui s'y développent encore, ou bien succèdent à des phlegmasies, et alors leur histoire s'y rattache, ou bien sont suivies de désorganisations avec lesquelles on les confond.

### Des tannes.

On nomme ainsi de petites concrétions formées par l'humeur épaissie des follicules de la peau, ayant leur siége le plus ordinaire au dos et au visage, particulièrement autour des ailes du nez et aux tempes, et sortant par la pression sous forme de vers blanchâtres, dont l'extrémité qui était exposée à l'air est noire. A la rigueur, ces concrétions ne constituent pas un état morbide; cependant on ne peut pas dire que la peau qui en est affectée soit dans son état naturel, et l'on doit les considérer comme de petites sub-inflammations isolées; elles sont intermédiaires à l'état normal et à celui de maladie, et donnent une idée assez exacte, au degré d'irritation près, de ce que nous entendons par sub-inflammation. Réunies en grand nombre dans un très-petit espace, elle font souvent naître autour d'elles un travail inflammatoire, dont le résultat est l'issue d'une plus ou moins grande quantité de matière caséiforme : cette matière sort par la pression, et souvent son expulsion est suivie du suintement plus ou moins abondant d'un fluide limpide et concrescible. Il est probable que les boutons de la face qui dégénèrent en ulcères carcinomateux commencent par des tannes.

### De la lèpre.

M. Alibert comprend sous cette dénomination plusieurs sub-inflammations de la peau, envahissant tôt ou tard le tissu cellulaire, et dont les caractères, communs et principaux, sont l'épaississement et la rugosité de la peau, produits par l'abord et la stase d'une grande quantité de fluides blancs dans son tissu, et la diminution plus ou moins considérable, et même la perte absolue de sa sensibilité. Ce professeur en reconnaît trois espèces, savoir : *la lèpre squameuse*, la *lèpre crustacée* et la *lèpre tuberculeuse*. Cette dernière a été décrite précédemment sous le nom d'*éléphantiasis des Grecs;* ce n'est pas une lèpre.

*Causes.* Cette maladie étant devenue extrêmement rare en Europe, ce qui n'a pas permis d'en étudier les causes avec soin, il règne beaucoup d'obscurité sur son étiologie; cependant on sait, à n'en pas douter, qu'elle se transmet par voie d'hérédité, et il ne paraît pas moins certain qu'elle est contagieuse. Certaines localités favorisent son développement; on l'observe surtout dans les lieux où stagnent des eaux salées, et où règne une violente chaleur. Toutefois, elle se montre aussi dans les climats glacés de la Norvège et du Groënland, mais toujours sur les côtes, et paraît être due à l'usage du poisson salé ou fumé, qui fait la nourriture presque exclusive de la plupart des habitans de ces contrées pendant la majeure partie de l'année. Les viandes putréfiées et corrompues, et l'usage du cochon salé dans les pays chauds, en sont aussi des causes très-probables. La malpropreté concourt sans doute puissamment à sa production. Elle peut être la suite de l'application long-temps prolongée de topiques irritans sur des dartres; les anciennes affections syphilitiques, scorbutiques ou dartreuses donnent quelquefois le caractère lépreux à la peau; enfin, on l'a vue naître sous l'influence d'une cause mécanique ordinaire. Quelques auteurs pensent qu'elle peut être produite par les affections morales.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* La *lèpre squameuse* ou *lèpre des Grecs et des Hébreux* a pour caractère des écailles plus ou moins larges, ordinairement orbiculées, dures, verruqueuses, rudes au toucher, quelquefois traversées par des sillons profonds, d'une couleur cendrée ou d'un gris noirâtre, et entourées d'une aréole rougeâtre. Elle comprend trois variétés, savoir : la *lèpre blanche,* consistant en des taches blanches et farineuses, disséminées à la surface de la peau et entourées d'une aréole rougeâtre; la *lèpre noire,* dont les écailles sont grisâtres, dures et luisantes, et l'aréole qui les entoure d'un rouge sale ou violacé; et la *lèpre tyrienne,* dans laquelle les écailles donnent à la peau l'aspect de celle des serpens, tombent souvent spontanément, se reforment de suite, s'étendent parfois à la totalité du corps, et sous lesquelles se trouve quelquefois un liquide purulent. Ces trois variétés de la lèpre squameuse commencent toujours par le derme chevelu et à la nuque; elles envahissent rarement toutes les parties de la peau. Cette lèpre cause quelquefois une démangeaison insupportable; et lorsque les écailles commencent à se détacher, il suinte une matière d'apparence lymphatique sanguinolente lorsque le malade se gratte fortement, et quelquefois ichoreuse; quelquefois les ongles s'épaississent, s'allongent et se recourbent, et dans la dernière période de la maladie ils se corrompent et tombent. A ce degré, les articulations sont raides et immobiles, la peau se dessèche et devient insensible, des sueurs nocturnes ont lieu, et le marasme emporte plus ou moins rapidement le malade. Cette lèpre s'exaspère toujours en hiver et quelquefois au printemps. Elle se change quelquefois en lèpre tuberculeuse.

La *lèpre crustacée* est caractérisée par des croû-

tes tuberculeuses, inégales, sillonnées, formant des plaques larges et épaisses, et laissant sur la peau des cicatrices ineffaçables. Elle comprend quatre variétés : 1° la *lèpre vulgaire*, ou *lèpre proprement dite*, consistant en des tubercules pustuleux qui se convertissent en croûtes rugueuses, âpres et dures, d'abord d'un jaune verdâtre, puis de plus en plus noirâtres à mesure qu'elles se dessèchent, et sous lesquelles existent des foyers purulens contenant un ichor fétide; 2° la *lèpre scorbutique*, ou *mal de Rose des Asturies*, dans laquelle des taches d'un rouge vif précèdent la formation des croûtes, qui sont grises, profondément sillonnées, quelquefois même jusqu'au vif, ordinairement situées aux métacarpes et aux métatarses, quelquefois entre les deux clavicules ou à la partie supérieure du sternum, accompagnées d'une ardeur locale insupportable que la chaleur du lit augmente, et de symptômes d'irritation gastrique; 3° le *mal-mort*, caractérisé par des pustules qui se couvrent de croûtes larges, profondément sillonnées, tuberculeuses, d'un jaune verdâtre, attaquant principalement les bras, les cuisses et les jambes, quelquefois le visage et la partie antérieure de la poitrine, avec langueur et marasme; 4° enfin, la *lèpre syphilitique*, caractérisée par des boutons pustuleux, croûteux et tuberculeux, arrondis, inégaux, très-élevés au dessus de la peau, dont les uns sont rapprochés et confondus, les autres entièrement isolés; et par des croûtes d'un jaune verdâtre, tantôt épaisses, offrant des aspérités déprimées à leur centre, ou fendillées et sillonnées, tantôt proéminentes et mamelonnées, couvrant une matière puriforme très-fétide, et existant le plus souvent au front.

La lèpre dont nous venons de décrire d'après les auteurs les quatre variétés, est ordinairement précédée de mélancolie, de tristesse, de faiblesse, et de lassitudes extrêmes. Elle débute souvent par des pustules bleuâtres, qui se manifestent surtout au visage, se développent lentement, se recouvrent de croûtes, lesquelles envahissent principalement la partie postérieure du tronc et les membres, dont elles gênent les mouvemens. Ces croûtes sont sèches, et il s'écoule quelquefois de leur base une humeur jaune et horriblement fétide; et si on les arrache, c'est un sang noirâtre qui s'échappe. La peau se dessèche, devient rugueuse et souvent insensible, et prend au visage une teinte bronzée, cuivreuse, livide ou violacée. L'irritation se communique à la membrane pituitaire, qui sécrète un liquide acrimonieux, et s'ulcère; elle se propage à la voûte palatine et à la gorge où des ulcérations se forment également; les narines et les lèvres se gonflent, les bords des paupières rougissent et s'ulcèrent aussi, et des symptômes d'irritation gastrique se manifestent. Les ulcérations de la peau gagnent le tissu cellulaire, les muscles et les os eux-mêmes, les doigts et les mains tombent en pourriture; et tous ces ravages s'opèrent presque sans douleur. Des symptômes de scorbut se manifestent quelquefois, et principalement dans la lèpre des Asturies. Quand la maladie est peu avancée, elle diminue pendant les chaleurs de l'été, mais tôt ou tard le malade succombe dans l'épuisement et le marasme.

La durée des deux espèces de lèpre que nous venons de décrire est toujours longue; elle est souvent d'un grand nombre d'années. Cette maladie est rarement curable.

*Traitement.* Il règne la plus grande incertitude sur le traitement qu'il convient d'opposer à la lèpre; voici les moyens que la théorie conseille. Changer le régime du malade et le mettre à l'usage des alimens doux et nourrissans; recommander la plus grande propreté; lui donner à l'intérieur les sudorifiques, les décoctions de plantes dites dépuratives; à l'extérieur, employer les applications émollientes en cataplasmes et en bains, les bains de vapeurs simples ou émolliens, les narcotiques, les eaux sulfureuses en bains ou en douches, et surtout continuer ce traitement avec persévérance, sans se laisser décourager par la lenteur du succès. Voici maintenant quelques uns de ceux qu'on a tour à tour vantés contre cette affection. On a préconisé la saponaire, la contrayerva, la serpentaire de Virginie, la zédoaire, le *ledum palustre*, le trèfle d'eau, l'écorce d'orme pyramidal, la douce-amère, l'extrait de ciguë, la teinture de cantharides, les arséniates de potasse ou de soude, et à l'extérieur les frictions mercurielles. Nous bornons là cette énumération, en faisant des vœux pour qu'un médecin instruit observe cette hideuse maladie dans les contrées où elle est endémique, et jette enfin quelque jour sur son traitement.

## SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME MUQUEUX.

### Considérations générales.

Nous n'aurons que peu de mots à dire sur les sub-inflammations des membranes muqueuses. Dans tout les points de leur étendue elles peuvent, il est vrai, s'épaissir et s'engorger uniquement de fluides blancs sous l'influence de l'irritation; mais d'abord cela est rare, en raison du grand nombre de vaisseaux sanguins qui les parcourent et s'injectent avec tant de facilité; en second lieu, presque partout inaccessibles à la vue, aucun symptôme extérieur ne distingue leur sub-inflammation de leur état de phlegmasie chronique; enfin, c'est presque toujours à la suite d'une inflammation lente, sourde, ou long-temps prolongée, que ces membranes se sub-enflamment, et rien n'indique encore le passage du premier mode d'irritation au second.

Cependant, il n'est pas douteux que l'irritation puisse, dès son début, n'appeler que des fluides blancs dans la membrane muqueuse qu'elle occupe. C'est probablement ainsi que les choses se passent au début de ces dégénérescences lardacées de l'estomac, à peine accompagnées de quelques symptômes légers et insignifians, dont on ne soupçonne quelquefois pas même l'existence pendant la vie, ou qui ne se revèlent à l'observateur et au malade lui-même, que peu de temps avant la mort. La désorganisation gélatiniforme et sans doute aussi quelquefois primitive, et les perforations dites spontanées de l'estomac et des intestins sont peut-être aussi fréquemment la suite des sub-inflammations que des phlegmasies ou des gangrènes de ces organes. Mais, nous le répétons

aucun symptôme ne pouvant faire distinguer dans les membranes muqueuses, pendant la vie, le mode d'irritation qui nous occupe, du mode inflammatoire ou de leur désorganisation, il est impossible d'en tracer une histoire fondée sur l'observation. Nous renvoyons en conséquence à ce que nous avons dit en traitant des phlegmasies de ces membranes, et à ce que nous dirons plus tard de leur désorganisation.

### SUB-INFLAMMATION DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

#### Considérations générales.

Tous les corps glandulaires peuvent être atteints d'irritation sub-inflammatoire, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'engorger de fluides blancs sans trace d'injection sanguine, et cela dès le premier instant qu'ils ressentent l'influence d'une cause irritante. Mais, d'une part, cet état morbide y succède presque toujours à l'inflammation, et, de l'autre, il est très-fréquemment suivi de la désorganisation de l'organe; de sorte que tantôt on peut le considérer comme un état de phlegmasie, et tantôt comme le premier degré du squirrhe. La difficulté de le distinguer de ces deux autres états morbides, l'inutilité de cette distinction pour la pratique, nous engagent donc à renvoyer aux phlegmasies chroniques des glandes et à leurs désorganisations l'histoire de leur sub-inflammation.

### SUB-INFLAMMATIONS DU SYSTÈME FIBREUX.

#### Considérations générales.

Le système fibreux est par sa nature même éminemment disposé aux sub-inflammations; à peine pénétré par quelques vaisseaux sanguins excessivement déliés, les causes d'irritation ne peuvent que difficilement y déterminer l'afflux sanguin nécessaire pour constituer un état inflammatoire; elles y provoquent au contraire avec facilité un appel plus considérable de fluides blancs. Cependant aucun auteur ne parle des sub-inflammations de ce système, et l'on rapporte généralement aux inflammations toutes les irritations dont il est affecté. La profondeur à laquelle il est placé, et surtout la rareté des occasions où l'on puisse se livrer à des recherches anatomiques sur ses irritations aiguës, justifie cette omission; et nous-mêmes nous n'aurions pas parlé de ces sub-inflammations, si nous n'avions été contraints de ranger parmi elles celle de la cornée et celle du cristallin. Ces deux parties ne pouvant être rattachées à aucun tissu de l'économie, nous avons dû les rapprocher de celui avec lequel elles nous ont paru avoir le plus d'analogies.

#### De l'albugo.

A la suite des inflammations violentes de l'œil, il se développe presque toujours à la cornée une tache blanche, opaque, placée entre les lames de cette membrane, et formée par un épanchement de fluides blancs concrescibles; c'est à cette tache qu'on a donné le nom d'*albugo*. On la voit aussi survenir quelquefois spontanément, ou du moins sans cause appréciable, chez les individus affectés de syphilis, de dartres, de sub-inflammations des ganglions lymphatiques sous-cutanés, ou de scrofules. Elle offre des caractères assez tranchés pour qu'on ne la confonde pas avec les autres taches de la cornée, avec le *nuage* par exemple, mais il faut avouer que cette distinction est de bien peu d'importance. Voici cependant ces caractères :

L'albugo consiste en une tache irrégulière, blanche-bleuâtre et légèrement nacrée, plus opaque en général au centre qu'à la circonférence, et qui, à raison de la profondeur à laquelle elle est située, n'est presque jamais saillante ou l'est fort peu. Cette tache est quelquefois isolée au milieu de la cornée, d'autres fois au contraire elle est sillonnée et même pénétrée par de petits vaisseaux sanguins. Suivant la partie de la cornée qu'il occupe, son étendue, et son degré d'opacité, l'albugo gêne plus ou moins la vision; large et placé au centre de la cornée il produit la cécité; placé sur un des points de la circonférence de cette membrane, il force le malade à regarder obliquement, à loucher : quand il est très-circonscrit et qu'il occupe le centre de la cornée, il gêne moins la vision dans les lieux peu éclairés qu'au grand jour, en raison de la plus grande dilatation de la pupille dans l'obscurité qu'à la lumière, ce qui permet à un plus grand nombre de rayons lumineux de parvenir à la rétine.

Le *nuage* ou *néphélion* auquel nous ne consacrerons pas une description particulière, diffère de l'albugo en ce qu'il est moins opaque, plus superficiel, et qu'il semble consister plutôt dans un obscurcissement, un ternissement de la transparence de la cornée, que dans l'épanchement entre les lames de cette membrane d'une sérosité lactescente, comme cela a lieu dans l'albugo; il est en outre blanchâtre, et se confond insensiblement sur les bords avec les parties voisines. Enfin le *leucoma* ou cicatrice de la cornée a pour caractères d'offrir toujours une dépression sensible et une couleur lisse et luisante qui tranche fortement avec celle de la cornée; on ne le confondra donc pas avec l'albugo.

*Traitement.* L'albugo produit par la conjonctivite aiguë ou chronique cède ordinairement en même temps que cette phlegmasie ou peu de temps après, sous l'influence des moyens dirigés contre elle, c'est-à-dire aux saignées générales et locales, aux révulsifs, aux collyres et aux topiques émolliens, aux astringens, etc. Chez les enfans surtout la guérison s'en obtient presque toujours facilement ainsi; elle est même quelquefois spontanée. Mais lorsqu'il n'existe plus de traces d'inflammation, et dans les cas où l'albugo s'est développé sans en avoir été précédé, il faut avoir recours à la pommade de Janin, à l'insufflation de l'oxide de bismuth ou du sucre candi réduit en poudre impalpable, aux lotions d'eau de mer, d'eau de Balaruc (Demours), aux collyres astringens et résolutifs contenant des sulfates de zinc, de cuivre, de fer, de l'acétate de plomb, etc., au laudanum pur, ou au fiel de bœuf, de brebis, de brochet, de barbeau portés sur la tache trois à quatre fois par jour à l'aide d'un petit pinceau. On emploie en même temps de légers purgatifs souvent répétés pour en-

tretenir une révulsion continuelle sur les voies digestives, des vésicatoires, ou un séton à la nuque.

Alors même qu'il n'existe plus d'inflammation du globe de l'œil, on doit cependant encore employer quelques saignées locales lorsqu'il existe sur la conjonctive des vaisseaux variqueux. M. Demours conseille dans ce cas d'appliquer une ou deux sangsues à la face interne de la paupière inférieure, de scarifier les vaisseaux variqueux ou de les enlever entièrement avec des ciseaux courbes; il conseille aussi, lorsque l'albugo est saillant à l'extérieur, d'introduire obliquement la pointe d'une lancette aiguë dans trois ou quatre points de la tache.

Il n'y a de ressource que dans l'établissement de deux pupilles artificielles, lorsque l'albugo existe sur les deux cornées, qu'il ne cède pas aux moyens que nous venons d'indiquer, et s'oppose complètement à la vision.

### De la cataracte.

La cataracte consiste dans l'opacité, soit du cristallin, soit de sa capsule, ou du liquide contenu entre eux et connu sous le nom d'humeur de Morgagni. Ces parties peuvent être affectées isolément, ou deux à deux, ou toutes les trois simultanément. De là plusieurs variétés de cataractes : la première a été appelée *cristalline* ou *lenticulaire:* la deuxième, *capsulaire* ou *membraneuse:* la troisième, *interstitielle*; et enfin la quatrième, celle où plusieurs parties à la fois sont devenues opaques, a reçu le nom de cataracte mixte, ou *capsulo-lenticulaire*. Dans tous ces cas, le cristallin ou sa membrane devenus opaques, agissent comme de véritables corps étrangers interposés entre les objets extérieurs et le fond de l'œil, où ils empêchent les rayons lumineux d'arriver.

*Causes.* L'étiologie de cette maladie est assez obscure. Quelquefois elle survient sans aucune cause appréciable : néanmoins on compte au nombre des conditions qui peuvent y donner lieu, la vieillesse, l'impression long-temps prolongée d'une lumière vive, l'usage habituel des alcooliques, les lectures continuées à une lumière artificielle, l'exercice de certaines professions qui obligent à fixer long-temps des objets petits et brillans, surtout, suivant la remarque de Beer, si ceux qui les exercent se tiennent dans une position telle que le ventre est comprimé et que le sang s'accumule vers la tête; l'insolation prolongée pendant que le corps est courbé vers la terre, cause si puissante que Petit, de Lyon, a calculé que les trois quarts des cataractes affectent des cultivateurs; l'impression de vapeurs irritantes sur l'œil; certaines maladies, telles que la syphilis, l'arthrite; enfin toute lésion, commotion ou contusion de l'organe de la vue.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que toutes ces causes et une foule d'autres qu'il aurait été trop long de rapporter, paraissent agir principalement en déterminant l'irritation du cristallin et de ses enveloppes; c'est par la même raison que toutes les phlegmasies de l'œil sont fréquemment suivies de l'opacité du cristallin et de sa capsule.

La cataracte est parfois héréditaire; on l'a vue se transmettre pendant plusieurs générations; d'autres fois elle se produit chez un certain nombre d'individus d'une même famille dont les ascendans n'avaient point été affectés de cette maladie; et dans ce cas, ou la cataracte est congéniale, ou elle se développe à un âge qui est ordinairement le même pour tous les parens. Martin a connu une famille dont tous les membres étaient frappés de cataracte à l'âge de quinze à vingt ans. M. Bégin rapporte un cas semblable, où les enfans tenaient cette disposition de leur père; Richter a vu trois enfans des mêmes parens qui eurent tous des cataractes à l'âge de trois ans; le même auteur a pratiqué l'extraction à un malade dont le père et l'aïeul avaient eu des cataractes, et dont le fils commençait également à en éprouver les premiers effets. Beer a vu aussi nombre de fois la cataracte affliger plusieurs membres d'une même famille, et il a observé que dans ces cas l'opération est rarement suivie du succès. Plus heureux que ce praticien, M. Dupuytren a opéré plusieurs générations de mêmes familles avec succès.

*Symptômes*, *marche*, etc. Le développement de la cataracte se fait ordinairement d'une manière lente et graduelle; suivant M. Demours, le terme moyen est de deux ans, mais chez quelques malades l'opacité n'est complète qu'après six ou huit ans. Dans d'autres cas, au contraire, la maladie se forme avec une extrême rapidité : Tenon a vu, chez deux femmes, des cataractes se développer en une journée; l'une d'elles avait eu, la veille, l'œil frappé par un bouchon. On l'a vue aussi survenir très-brusquement à la suite d'une vive frayeur ou d'une autre impression morale très-violente.

Les signes qui annoncent la cataracte à son début, sont les suivans : il semble au malade que les objets, surtout ceux de couleur blanche, soient entourés d'un nuage léger; à cette époque le médecin n'aperçoit encore aucun changement notable, et la pupille est uniformément noire. Bientôt, une légère opacité se manifeste, le plus communément elle occupe le centre de la pupille, d'autres fois elle commence par ses bords; dans ces deux cas elle s'épaissit de plus en plus, et l'affaiblissement de la vue suit graduellement ses progrès. A une époque plus avancée, et surtout dans les yeux dont l'iris est d'une couleur claire, on voit distinctement sur le contour de la pupille un petit cercle noir, formé en partie par l'ombre projetée par l'iris sur la surface blanchâtre de la cataracte, mais surtout par la petite circonférence de l'iris, qui est d'une teinte foncée, et n'est pas visible dans l'état de transparence du cristallin et de la capsule. Lorsque la cataracte débute par le centre, le malade, exposé à une lumière peu intense, comme au crépuscule par exemple, aperçoit les objets, mais seulement de côté; si au contraire la lumière est très-vive, le rétrécissement de la pupille fait qu'il ne voit plus rien. Par des raisons semblables, et lorsque l'opacité n'est pas encore très-avancée, le malade ne peut voir distinctement les objets placés entre la lumière et lui, tandis qu'il les aperçoit mieux en se plaçant entre la lumière et ces objets. En fixant la flamme d'une chandelle, elle lui paraît entourée d'une aréole qui augmente en étendue

et diminue d'éclat à mesure qu'il s'en éloigne ; lorsque l'opacité est complète, le malade ne distingue plus d'aréole, mais il perçoit encore la présence d'une lumière et peut jusqu'à un certain point juger de sa distance. Enfin un dernier caractère de la cataracte est la mobilité de l'iris à toutes les périodes de cette maladie.

La *cataracte lenticulaire* est souvent l'effet de l'inflammation évidente du cristallin. Elle commence au centre par une tache d'un gris jaunâtre, qui diminue d'intensité vers la circonférence; ce caractère persiste même après que l'opacité a atteint son plus haut degré. L'ombre du bord pupillaire ne tarde pas à être aperçue sous la forme d'un cercle noirâtre sur le bord de la pupille, et se prononce de plus en plus à mesure que l'opacité fait des progrès. L'iris conserve sa mobilité; et si l'on augmente par l'usage de la belladone et de la jusquiame la dilatation de la pupille, le malade aperçoit mieux les objets situés obliquement. Cette opacité, dont la forme est convexe, est située à une distance considérable de l'uvée; elle n'offre jamais de taches nébuleuses.

La cataracte lenticulaire se développe lentement; sa consistance est plus grande que celle d'aucune autre espèce; la cécité est d'autant plus intense que le cristallin est plus blanc; elle l'est moins lorsque celui-ci est d'un gris verdâtre ou d'un jaune noirâtre. Il est cependant une variété de cette affection où la pupille ne réfléchit aucune couleur; reconnue par Morgagni, Maître Jan et Wenzel, et décrite par Arachard, on l'a nommée *cataracte noire*. Les signes qui la précèdent sont les mêmes que pour les autres espèces. On peut l'apercevoir, en fixant attentivement l'ouverture pupillaire; on distingue alors évidemment une couleur mate, noire ou brune très-différente de la transparence normale des parties. Nous avons vu une cataracte noire qui présentait la couleur bleuâtre de l'acier bronzé. On peut avec de l'attention reconnaître la forme convexe de la cataracte et sa situation à peu de distance de l'iris.

La *cataracte capsulaire* ou *membraneuse* commence presque toujours par la circonférence et paraît sous la forme de points, de taches ou de stries brillantes. Sa couleur est toujours très-claire et point uniforme. Plus convexe que la précédente, elle l'est quelquefois au point d'effacer la chambre postérieure; le cercle noirâtre que l'on aperçoit au contour de la pupille n'est plus formé que de la petite circonférence de l'iris. M. Weller pense que cette cataracte, comme toutes celles qui commencent par la capsule, est toujours le produit d'une inflammation; à une époque avancée elle envahit le cristallin lui-même, et devient alors capsulo-lenticulaire.

Il existe, selon Beer, trois variétés de cataractes capsulaire. 1° La *capsulaire antérieure*. Cette variété est assez commune; elle offre des taches d'un blanc nacré, et amène souvent l'opacité et plus tard l'absorption lente du cristallin, en sorte qu'elle se transforme en cataracte membraneuse simple (Travers). Lorsqu'elle fait saillie au point de s'appliquer sur la face postérieure de l'iris, elle force cette membrane à rester immobile, et son opacité réfléchissant tous les rayons lumineux, le malade est absolument aveugle. 2° La *cataracte capsulaire postérieure*. Elle est beaucoup plus rare que la précédente; l'opacité, vue de côté, paraît concave, et située profondément derrière le cristallin; mais comme cet organe ne tarde pas à se troubler, on ne peut suivre long-temps les progrès de la maladie. M. Travers a observé que dans ce cas l'opération par extraction était facilement suivie de l'évacuation du corps vitré: en outre il a remarqué que le cristallin ne se ramollissait pas et n'était pas absorbé comme dans la première variété. 3° La *cataracte capsulaire complète*. Elle tient le milieu pour la fréquence entre les deux précédentes; ses signes ressemblent beaucoup à ceux de la cataracte antérieure; la saillie qu'elle forme est quelquefois assez prononcée pour qu'elle repousse l'iris dans la chambre antérieure.

La *cataracte laiteuse*, ou de Morgagni, reconnaît principalement pour cause le contact de vapeurs irritantes sur l'œil. L'opacité est immédiatement suivie de la décomposition du cristallin en un fluide lactescent. Ce mode de formation nous paraît douteux. La couleur de cette variété est un blanc de lait léger; sa surface de forme convexe, est d'un aspect nébuleux; elle semble formée de deux couches, dont l'inférieure est la moins transparente; en frottant la paupière sur le globe de l'œil, on rend la teinte uniforme.

Enfin, la quatrième sorte de cataracte, ou la *capsulo-lenticulaire*, assez rare, est ordinairement d'un volume énorme. L'iris, appliqué sur sa convexité antérieure, ne se dilate que très-faiblement, même au moyen de la jusquiame et de la belladone; elle présente à sa surface des zones superposées de couleur blanche crétacée et nacrée. La cécité dans ce cas est complète, mais l'ouverture pupillaire est arrondie.

La cataracte capsulo-lenticulaire présente plusieurs variétés. 1° Celle qui est combinée avec de légers dépôts de matières nouvelles sur la capsule antérieure du cristallin. Ces dépôts constituent par leur aspect les variétés *marbrée*, *tachetée*, *étoilée*, *en tellage*, etc. 2° La *cystique*, ou *enkystée*, dont la forme est globuleuse; lorsque la capsule n'adhère plus aux parties voisines que par quelques filamens, cette variété a été nommée *branlante*, *nageante* ou *flottante*, en raison des mouvemens qu'elle exécute, presque toujours en sens inverse de l'œil. 3° La *pyramidale*, ou *conique*, qui vient former à travers la pupille, dans la chambre antérieure, une saillie brillante, dont le sommet adhère parfois à la face interne de la cornée. 4° La *siliqueuse*, ou en forme de gousse sèche. Celle-ci est presque toujours la suite d'une contusion violente qui a eu pour effet une véritable atrophie du cristallin et de son enveloppe, que l'on trouve très-dure et racornie. 5° Enfin on a nommé *purulente* la cataracte d'un jaune citrin formée par l'épanchement de pus dans la cavité capsulaire; Schiferli et Travers ont rencontré des cas où la matière purulente était d'une extrême fétidité.

Beer a décrit, sous le nom de *cataractes fausses*, des altérations diverses de l'intérieur de l'œil. Ainsi, la fausse membrane qui se forme dans quelques cas derrière l'iris, à la suite de l'inflammation de

cette membrane, et qui rétrécit ou oblitère la pupille, ou derrière la cornée après son inflammation et qui rend cette membrane opaque, a été désignée par lui sous le nom de *cataracte fausse albumineuse;* l'enduit qui reste quelquefois à la surface de l'iris après l'absorption du pus épanché dans la cavité des chambres, sous celui de *cataracte fausse purulente;* les petits caillots entourés d'albumine, qui persistent dans la chambre postérieure après l'absorption du sang épanché dans les deux chambres après une forte commotion, sous celui de *cataracte fausse sanguinolente;* le décollement et la chute du *tapetum* de l'uvée sur la face antérieure de la capsule cristalline, sous la dénomination de *cataracte fausse dendritique* ou *arborescente.* Mais ces maladies sont autant de lésions particulières dont les descriptions appartiennent à l'iridite, à la cornéite, à la contusion de l'œil, etc., et ne doivent pas trouver place dans l'histoire de la cataracte.

La cataracte a été quelquefois confondue avec l'amaurose : cependant les signes distinctifs de ces deux maladies sont assez tranchés pour qu'avec un peu d'attention une pareille erreur ne puisse-être commise.

Dans l'amaurose, l'opacité est située à une distance considérable derrière la pupille; cette opacité a une forme manifestement concave, et sa couleur tire plutôt sur le vert ou le rouge que sur le gris ou le blanc. La pupille est, ou fortement contractée, ou très-dilatée; sa forme est changée; parfois elle offre un diamètre transversal plus étendu que le vertical et ressemble à celle des ruminans; dans d'autres cas, de circulaire, elle devient irrégulière et anguleuse. L'iris est immobile et sa petite circonférence ne fait pas ombre sur le fond; cette immobilité de l'iris n'a aucune influence sur la cécité, qui augmente ou diminue par intervalles : ce qui n'a point lieu dans la cataracte, où elle augmente au contraire progressivement; en outre son intensité dans l'amaurose est hors de proportion avec le léger degré de l'opacité. Enfin les corps en ignition offrent une aréole irisée et non blanchâtre, et le plus ou moins d'intensité de la lumière ou la situation oblique des objets n'apportent aucune amélioration pour la netteté de la vision.

Quoique la cataracte et l'amaurose existent le plus souvent isolément, dans certains cas cependant la même cause qui a fait naître la cataracte peut également avoir produit l'amaurose; il est très-important de constater cette complication, en ce qu'elle est une contre-indication de l'opération. On en sera toujours averti, et par la manière dont se sera développée la maladie, et par l'alliance des symptômes propres à chacune de ces deux affections.

*Traitement.* On a employé contre la cataracte des médicamens internes, des topiques, des moyens empruntés à la physique, et enfin des opérations. Les trois premiers ordres de moyens n'ont réussi, suivant Richter, que dans quelques cas rares de cataractes capsulaires, et n'ont jamais produit, selon Wenzel, de guérison parfaite, si la cataracte était ancienne et complète. C'est donc sur des cataractes commençantes et résultant d'une inflammation que ce mode de traitement peut être mis en usage. Les mercuriaux, le calomel particulièrement, les antimonianx, le tartre stibié, l'aconit à petites doses et comme émétique, l'arnica, les millepieds, la digitale, la belladone, la pulsatille (sous forme d'extrait et de poudre), ont été successivement préconisés, et forment le premier ordre de ces moyens. Les secours empruntés à la physique ont consisté dans l'emploi du galvanisme, de l'électricité, et même du magnétisme. Les deux premiers agens paraissent avoir réussi à Hymli et Loder, etc., la sub-inflammation étant encore à son début et peu intense. Des exutoires à la nuque, l'application répétée de la pommade ammoniacale de Gondret sur le sommet de la tête préalablement rasée, et l'application sur l'œil d'une dissolution de tartrate antimonié de potasse dans de l'eau de laurier-cerise, sont les moyens du troisième ordre qui ont quelquefois obtenu la résolution des cataractes tout-à-fait à leur début, et résultant d'une sub-inflammation de la capsule du cristallin ou de ce corps lui-même. Dans quelques cas de dispositions morbides générales, il paraît que les moyens propres à combattre ces états de toute l'économie, ont réussi à dissiper le nuage du cristallin ou de la membrane qui en était le résultat.

Mais, de tous ces moyens, les moyens opératoires sont ceux dont l'efficacité est la plus certaine et le secours le plus ordinairement indispensable.

Avant de procéder à l'opération, le chirurgien doit avoir égard à toutes les circonstances qui peuvent donner des chances plus ou moins favorables à l'emploi du moyen dont il va user. Sur ces données, il établira son pronostic et pourra déterminer : 1º les préparations qui devront être subies par le malade; 2º le temps où il devra opérer; 3º le procédé opératoire auquel il aura recours.

L'opération réussira d'autant mieux que le sujet sera plus jeune, moins disposé à l'inflammation, généralement plus sain, et surtout qu'il sera exempt ou n'aura pas été affecté de céphalalgie chronique, de catharre, de rhumatisme, d'érysipèles, de convulsions hystériques, épileptiques et autres; de scrofules, de syphilis, d'arthrite, etc.; de violentes ophthalmies récidivées, d'ophthalmies lentes durant long-temps encore après que l'œil a été blessé, si c'est à une blessure de cet organe que la cataracte a succédé; d'inflammation des paupières, d'ectropion, etc.; des dartres couperosées, que l'on ne saurait attribuer à l'usage des boissons spiritueuses. Le succès sera encore d'autant plus probable, que le malade ne sera pas convalescent d'une affection grave; qu'enfin il n'existera ni amaurose, ni glaucome, ni résolution du corps vitré, ni atrophie, ni hydropisie, ni état variqueux du globe oculaire, car ces complications rendent la guérison tout-à-fait impossible. Les épidémies d'inflammation des muqueuses et d'ophthalmies en particulier, sont encore une contre-indication.

Le premier précepte qui résultera d'un tel examen sera de combattre ou d'écarter toutes celles de ces circonstances qui sont susceptibles de l'être et d'agir malgré l'existence de celles que le temps ou les moyens de la thérapeutique ne sauraient détruire, lorsqu'elles n'ôtent pas tout espoir de guérison. C'est dans l'emploi des moyens propres à

combattre ces chances défavorables, que consistent les premières préparations à faire subir au malade. En général, on doit lui rendre le ventre libre, lui pratiquer une saignée s'il est pléthorique, lui éviter toute émotion; le tenir à jeun au moment d'être opéré; enfin lui instiller entre les paupières quelques gouttes d'extrait de belladone, afin de dilater la pupille une heure avant l'opération.

La détermination du temps où l'on doit pratiquer celle-ci ne se rapporte pas seulement à la saison de l'année, mais elle se rapporte encore au degré de maturité de la cataracte. Sous le premier point de vue, il ne suffit pas qu'il ne règne actuellement aucune épidémie ophthalmique ou autre, pour que toutes les chances favorables que peuvent présenter les conditions atmosphériques soient remplies; l'expérience a de plus constaté que certaines époques de l'année sont préférables : c'est ainsi que dans la seconde moitié du printemps et dans l'été, les opérations réussissent beaucoup mieux que dans les autres saisons, pendant lesquelles il est par conséquent de précepte de n'opérer que dans le cas d'absolue nécessité.

Le second point de vue sous lequel on doive envisager l'opportunité de l'opération, a trait au degré de la maladie, c'est-à-dire à la maturité de la cataracte. On dit qu'une cataracte est mûre lorsque l'opacité est aussi complète que possible. Or, on ne doit opérer la cataracte que quand elle est parfaitement mûre; 1° parce que, après un certain temps, cette circonstance suppose que l'irritation a complètement cessé; et 2° parce que surtout, en opérant avant que la vue soit complètement éteinte, on s'exposerait à voir l'inflammation qui suit l'opération, et qui quelquefois est assez violente pour se terminer par la perte de l'œil, ravir au malade la jouissance de ce qui lui aurait resté encore de temps pendant lequel il aurait pu s'aider du secours de ses yeux. Toutefois, l'expérience prouve qu'il est nuisible de laisser l'œil se déshabituer trop long-temps de l'impression de la lumière, et qu'il est temps d'opérer aussitôt que le malade ne peut plus se conduire et vaquer à ses affaires.

Mais lorsqu'une cataracte est mûre, faut-il l'opérer tandis que celle de l'autre œil n'est que commençante, ou faut-il attendre que cette dernière soit également arrivée à son état de maturité? La plupart des oculistes pensent que ce dernier parti est le plus convenable; ils se fondent sur ce que l'inflammation résultant de l'opération, peut se porter de l'œil opéré sur celui qui n'est affecté que de cataracte commençante, et rendre ainsi le malade complètement aveugle, et surtout sur ce que, en attendant que la cataracte soit mûre des deux côtés, on peut opérer les deux yeux en même temps, et ne soumettre par conséquent qu'une fois le malade aux désagrémens du régime nécessaire au succès de l'opération. Enfin, ils pensent encore que l'on ne doit point opérer dans les cas où la cataracte bornée à un œil, étant accidentelle, l'œil du côté opposé reste parfaitement sain; par ce que, d'une part, cet œil peut suffire, et que, d'autre part les deux yeux ne pouvant être, après l'opération, de foyers égaux, il en résulte que presque toujours on remplace par un strabisme la difformité résultant de la tache blanche que forme la cataracte. Cependant, la plupart de ces craintes sont exagérées. Nous avons, à l'imitation de M. Dupuytren, très-souvent opéré dans les circonstances que nous venons d'indiquer; nous n'avons pas encore eu lieu de nous en repentir. Il y a plus même : c'est que cette conduite est un gage de succès. M. Dupuytren a remarqué depuis long-temps en effet, que quand on opère les deux yeux en même temps, il arrive presque toujours que l'on en perd un des deux par l'effet de l'inflammation, qui semble abandonner l'autre pour se concentrer sur lui; et ce chirurgien célèbre est dans l'habitude de n'opérer d'abord que l'œil le plus anciennement affecté, lors même que la cataracte est mûre des deux côtés; il laisse ensuite reposer le malade pendant quelque temps après la guérison, et opère enfin le second œil, ce qu'il fait presque toujours avec succès pour les deux. Cette pratique est aussi la nôtre, et elle nous a également réussi. Quant à la crainte du strabisme qui survient, dit-on, quand on opère un œil cataracté, l'autre étant resté sain, nous la croyons chimérique; car nous avons vu opérer plusieurs jeunes personnes affectées de cataracte d'un seul côté depuis leur enfance, et qui après l'opération n'ont point été affectées de strabisme.

Les opérations qu'on pratique pour remédier à la cataracte sont au nombre de trois; elles ont pour but commun de faire disparaître l'obstacle qui s'oppose au passage des rayons lumineux, c'est-à-dire ou le cristalin devenu opaque, ou sa membrane. Mais ce n'est pas de la même manière qu'elles atteignent ce but; de là les noms de méthode par *abaissement*, par *broiement*, et par *extraction*, sous lesquels elles ont été désignées, d'après leur manière d'agir sur le cristallin cataracté.

Pour pratiquer ces opérations, on fait ordinairement asseoir le malade sur un siége sans dossier, obliquement exposé au jour d'une croisée, de telle manière que l'œil qu'on opère soit du côté du jour; un aide placé derrière le malade lui soutient la tête, qu'il appuie contre sa poitrine; il la fixe dans cette position par celle de ses mains qui est opposée au côté sur lequel on doit opérer; il relève la paupière supérieure avec l'autre main, dont il applique la paume sur le front immédiatement au dessus de l'œil, qui doit être maintenu ouvert. C'est en exerçant avec les doigts médius et indicateur, qui dépassent le bord libre de la paupière, une traction sur ce voile mobile, qu'il doit le tenir relevé et fixé contre l'orbite. L'extrémité de ces doigts doit être assez éloignée du globe de l'œil pour ne pas le toucher ni le comprimer, et en être en même temps assez rapprochée pour que le champ de l'œil, qui en est la partie la plus saillante, vienne frotter légèrement contre elle, dans le cas où il fuirait devant l'instrument, et soit par conséquent obligé de reprendre sa position. Plusieurs praticiens, et notamment M. Dupuytren, préfèrent que le malade reste couché, et parce qu'il est plus solidement fixé, et parce qu'après l'opération il n'a besoin de se livrer à aucun mouvement, circonstance importante, comme nous le verrons par la suite.

L'opérateur, ou assis ou debout, doit être placé

de manière à dépasser de la tête environ celle du malade, position qui lui permet de voir l'œil sur lequel il doit agir de haut en bas. Il abaisse lui-même la paupière inférieure avec l'index de la main opposée à celle dont il se sert pour opérer, la main dont il tient l'instrument étant la droite pour l'œil gauche, et *vice versâ*. L'œil sur lequel on n'opère pas doit être couvert d'un bandeau. Le chirurgien commence ensuite l'opération suivant le procédé qu'il a cru devoir adopter.

Le plus ancien des procédés opératoires est l'*abaissement;* il était connu de Galien, mais on l'a depuis très-modifié. Ce procédé consiste à déplacer le cristallin, à l'enfoncer simplement dans le corps vitré, ou à le renverser en même temps qu'on le déprime.

On a tout-à-fait abandonné l'usage de l'aiguille d'acier, d'argent ou d'or, déliée et conique, que l'on vissait sur un manche à pans, qui lui servait ensuite d'étui, et dont se servaient les anciens pour déplacer la cataracte. Aujourd'hui on pratique l'abaissement et le renversement à l'aide d'aiguilles droites terminées en fer de lance, et d'aiguilles courbes plus ou moins aiguës. L'aiguille droite en fer de lance est employée par les Allemands, et particulièrement par Beer. Cet instrument, dont le manche est à quatre pans, et marqué d'un point blanc pour indiquer le plat de l'aiguille et le distinguer du côté où sont les bords, consiste essentiellement en une tige d'acier longue d'un pouce à dix-huit lignes, diminuant graduellement de volume à partir du manche vers son extrémité où elle s'aplatit dans un sens et s'amincit en bords tranchans dans l'autre. Ces bords sont interrompus par un angle, et convergent plus loin avec les faces en une pointe aiguë. Le fer de lance a environ une ligne de longueur.

Les aiguilles courbes dont il est fait le plus d'usage sont celles de MM. Hey, Scarpa, Dupuytren.

L'aiguille de M. Hey a un peu moins d'un pouce; elle est conique à partir du manche jusque près de son extrémité, où elle est légèrement aplatie et aiguisée sur ses bords, et où elle se termine par un tranchant semi-circulaire aussi bien affilé qu'une lancette. Cette partie aplatie a environ un huitième de pouce de longueur; les côtés en sont parallèles. Le manche a trois pouces et demi de longueur; il est octaèdre.

L'aiguille de M. Scarpa, dont la tige est plus longue que celle de la précédente, se recourbe légèrement à son extrémité, qui est fort aiguë; elle devient triangulaire, les deux bords latéraux étant toutefois plus amincis et plus tranchans que ne l'est l'arête qui est du côté de la concavité.

L'aiguille de M. Dupuytren est dépourvue de l'arête qui existe sur la concavité de celle de M. Scarpa; elle est fort acérée. Le manche de toutes ces aiguilles présente aussi un point noir ou blanc, selon que ce manche est lui-même blanc ou noir, correspondant à la concavité de l'aiguille.

Les aiguilles courbes ont un avantage sur les aiguilles droites en fer de lance; celles-ci, par leurs angles saillans, exposent à diviser l'iris, et comme elles sont toujours présentées obliquement au cristallin qui est convexe, il en résulte qu'elles ne le touchent que par un point. Les aiguilles courbes au contraire saisissent ce corps dans toute l'étendue de leur concavité, et par conséquent beaucoup plus solidement; mais l'arête de l'aiguille de M. Scarpa pouvant diviser le cristallin lorsqu'on cherche à l'abaisser, c'est pour éviter ce danger que M. Dupuytren n'a admis qu'une concavité sans arête. L'une ou l'autre de ces aiguilles suffit le plus communément pour l'opération par abaissement.

L'opération par abaissement, pratiquée avec l'aiguille en fer de lance, doit être, suivant Beer, divisée en trois périodes. Dans le premier temps, le malade étant fixé et ses paupières relevées, l'opérateur saisit l'aiguille comme une plume à écrire, et prend appui, à l'aide de l'annulaire et du petit doigt, sur la pommette; il présente la pointe perpendiculairement à la cornée opaque, le plat de l'instrument étant horizontal et une de ses faces regardant en haut; il enfonce l'instrument, ainsi tenu, dans la sclérotique, à une ligne et demie de la cornée, un peu au dessous de l'extrémité externe du diamètre transversal de l'œil, et dans une direction perpendiculaire à sa surface, et le pousse directement jusqu'à ce que la pointe en soit aperçue à travers l'ouverture pupillaire. Dans le deuxième temps, il fait exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation dont le résultat est de tourner une de ses faces vers la face antérieure du cristallin. Dans ce mouvement, le manche de l'aiguille droite est ramené à la direction transversale. Dans le troisième temps, le bord supérieur du cristallin doit être atteint par le plat de l'aiguille, et, pour cela, la pointe de l'instrument est portée en haut et en arrière; on l'abaisse ensuite, en relevant le manche perpendiculairement en dedans et en avant: l'aiguille agit alors comme un levier sur le cristallin, qui se trouve porté à la partie inférieure et extérieure de l'œil.

Si l'on exécute le *renversement*, le troisième temps est modifié: on enfonce le cristallin dans le corps vitré, en pressant sur lui de manière à ce que sa face antérieure devienne supérieure, et son bord supérieur, postérieur.

Les aiguilles courbes doivent suivre le même trajet: mais leur forme rend plus difficile l'exécution du précepte de présenter toujours leur pointe perpendiculairement aux parties qu'elle doit traverser; on s'y est pris pour cela de plusieurs manières. Les uns, tournant la convexité de l'aiguille en avant, et inclinant son manche vers la tempe, font pénétrer sa pointe en faisant décrire à celui-ci un arc de cercle qui le ramène à la direction transversale; d'autres l'introduisent en sens inverse, c'est-à-dire qu'en présentant la pointe de l'aiguille à la sclérotique, la concavité de l'aiguille est tournée en avant et son manche dirigé vers l'opérateur. Mais, tenu de cette manière, cet instrument pénètre dans le sens de sa plus grande largeur entre les nerfs ciliaires, dont la piqûre est fort dangereuse et doit être soigneusement évitée; et comme il doit être conduit à la partie supérieure du cristallin, auquel il faut qu'il présente sa face concave, on est obligé, dès qu'il a traversé les membranes de l'œil, de faire décrire au manche

un autre arc de cercle qui le ramène en dehors et en bas, afin que la pointe de l'aiguille soit dirigée en haut et en dedans. Il vaut donc beaucoup mieux présenter d'abord l'aiguille à la sclérotique dans la direction qu'elle doit suivre pour atteindre le cristallin; car, outre qu'on évite un des temps de l'opération, on trouve, en suivant ce procédé, l'avantage de s'exposer beaucoup moins à blesser les nerfs ciliaires, qui ne peuvent plus être atteints que par la pointe fort acérée de l'aiguille, laquelle passe facilement au dessus ou au dessous d'eux.

Voici donc, suivant nous, la meilleure manière d'exécuter l'abaissement ou le renversement de la cataracte.

Le malade étant couché, la tête élevée et soutenue par des oreillers, un bandage couvrant l'œil du côté opposé à celui qu'on opère, et la paupière supérieure de celui-ci étant convenablement relevée par un aide, l'opérateur abaisse l'inférieure avec l'annulaire et le médius de la main gauche pour l'œil gauche, et *vice versâ*, saisit de l'autre main l'aiguille entre le pouce, l'indicateur et le médius; il prend avec les deux derniers doigts de cette main un point d'appui sur la joue, et appliquant sur la tige de l'instrument l'indicateur de la main qui abaisse la paupière, il le fixe ainsi solidement et le soumet complètement à sa volonté. Tenant ensuite le manche incliné vers la joue, de manière que la face convexe de l'aiguille regarde en haut, il présente la pointe à la sclérotique, une ligne et demie ou deux lignes en arrière de la circonférence de la cornée transparente, afin de ne pas blesser les procès ciliaires, et un peu au dessous du diamètre transversal de l'œil, afin d'éviter les artères ciliaires longues. Il la fait pénétrer dans le globe de l'œil en relevant peu à peu le manche; le défaut de résistance lui indique que l'instrument a traversé les enveloppes de l'organe. L'indicateur de la main qui fixe la paupière abandonne la tige de l'aiguille, qui ne doit plus être conduite que par une seule main; elle est dirigée de bas en haut, et un peu d'arrière en avant, jusqu'à ce que sa face concave soit arrivée au dessus du bord supérieur du cristallin. Un mouvement d'arc de cercle imprimé à l'extrémité du manche, le porte alors en haut et en arrière : la pointe en décrit en un sens inverse, et vient se placer entre l'iris et le cristallin, sa face concave tournée en arrière, et sa convexité regardant en avant, et se présentant derrière la pupille. Ce mouvement a pour but de déchirer la portion antérieure de la capsule cristalline; mais comme cette membrane conserve souvent une transparence parfaite, il ne faut pas conclure, de ce que l'on aperçoit nettement l'aiguille à travers la pupille, que la capsule est déchirée; en négligeant de s'en assurer d'une manière plus positive, on courrait le risque de la laisser intacte, et de voir survenir presque certainement une cataracte *membraneuse secondaire*. Il faut donc acquérir la certitude que le feuillet antérieur de la capsule est déchiré, et pour cela il suffit de pousser légèrement l'aiguille comme pour la faire passer par la pupille dans la chambre antérieure de l'œil. Si l'on n'éprouve pas de résistance, la capsule est détruite; si l'on en éprouve, il faut tourner légèrement l'aiguille entre les doigts, pour que sa pointe se dirige en avant, et s'en servir pour diviser le feuillet membraneux. Cela fait, on ramène la pointe et la concavité de l'aiguille vers le cristallin par un mouvement de rotation inverse au précédent, et l'on termine l'opération comme quand on se sert d'une aiguille droite.

De quelque manière que l'on ait fait l'opération, il importe, 1° que le chirurgien entraîne avec le cristallin la plus grande partie de la membrane qui le recouvre, la persistance de cette membrane ou de ses lambeaux pouvant donner lieu à une *cataracte membraneuse secondaire*, qui deviendrait elle-même l'occasion d'une nouvelle opération ayant pour objet de la déchirer et d'en abaisser ou d'en disséminer les débris dans les chambres postérieure ou antérieure; 2° que, pour donner au cristallin le temps de se fixer, il laisse l'aiguille quelque temps immobile après l'abaissement ou le renversement; ce temps permettant à l'humeur vitrée de se projeter en avant et de former obstacle à la *réascension* du cristallin; 3° que, pour s'opposer à cette même réascension, il détruise, par de légères tractions, l'adhérence postérieure ou antérieure qui pourrait subsister entre la cataracte et l'iris ou le corps vitré.

Cela fait, l'opérateur imprime à l'aiguille quelques mouvemens de rotation pour la dégager, puis la tire à lui, jusqu'à ce que sa partie recourbée soit arrivée à la plaie des enveloppes de l'œil, après quoi il l'extrait en faisant décrire au manche un arc de cercle en sens inverse de celui qui a été exécuté lors de son introduction.

Dans quelques cas de cataracte laiteuse, il arrive que, au moment où l'on déchire la capsule cristalline, l'humeur de Morgagni se répand dans la chambre antérieure de l'œil, et trouble l'humeur aqueuse à un tel point, que l'opérateur ne peut plus distinguer ni la pupille, ni la marche de son aiguille. On peut, en se guidant par la connaissance anatomique des parties, continuer l'opération comme si cet accident n'avait pas lieu; mais il est alors fort rare que l'on parvienne à débarrasser assez complètement la pupille, soit du cristallin, soit des débris de sa membrane, pour éviter sûrement la formation d'une cataracte secondaire; et l'on s'expose à blesser l'iris. Il vaut donc mieux suspendre l'opération, et attendre, pour y revenir, que l'absorption ait enlevé toute l'humeur trouble épanchée et mêlée à l'humeur aqueuse.

Il arrive quelquefois aussi, dans ce cas, que le cristallin est lui-même entraîné dans la chambre antérieure de l'œil, avec le liquide opaque que contient la capsule; mais on ne s'aperçoit ordinairement de cet accident qu'après l'absorption de ce liquide. Dans d'autres cas, le cristallin, quoique dur et seul opaque, passe à travers l'ouverture de la pupille, et vient tomber au devant de l'iris; ce qui tient toujours à une mauvaise direction donnée à l'aiguille. On pourrait l'y laisser, parce qu'il serait absorbé dans cet endroit aussi bien, et même, suivant beaucoup de personnes, mieux que dans la profondeur de l'œil; mais nous avons vu une femme chez laquelle ce corps, tombé dans la chambre a mis plus d'un an à se résorber complètement,

: chez laquelle pendant tout ce temps il a entre-
:nu par sa présence une inflammation assez forte
our empêcher la malade de se servir de son œil.
e fait nous autorise à penser qu'il vaut mieux
miter la conduite tenue par M. Dupuytren dans
n cas semblable, et qui consiste à aller piquer le
ristallin avec la pointe de l'aiguille poussée d'ar-
ère en avant par la pupille, à lui faire refranchir
ette ouverture, et à l'enfoncer dans le corps
itré.

Le *broiement*, préconisé par Scarpa, se fait à peu
rès de la même manière que l'abaissement; il n'en
iffère qu'en ce que l'aiguille, au lieu de détourner
: cristallin et sa membrane, les divise en place et
:s réduit en parties plus ou moins ténues, que l'on
issémine ensuite, soit dans l'épaisseur du corps
itré, soit dans la chambre antérieure, en les fai-
int passer par la pupille.

Une seconde méthode de broiement est la *kéra-
nyxis*, qui consiste à broyer la cataracte en péné-
:ant dans l'œil à travers la cornée, et à détruire
out rapport organique du cristallin et de sa mem-
rane avec les parties voisines. Cette opération
araît avoir été pratiquée d'abord par une femme,
l'aide d'une aiguille, suivant ce qu'en rapporte
'urquet, en 1690. C'est en ces derniers temps
u'elle fut réellement employée avec publicité par
Buckhorn et par M. Langenbeck.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer cette
pération sont les mêmes aiguilles que celles dont
n se sert dans l'abaissement, ou le kératome de
Langenbeck, qui est une aiguille à bords très-tran-
hans. On dirige perpendiculairement la pointe de
'aiguille sur la cornée transparente; lorsque c'est
l'une aiguille courbe qu'on se sert, le manche
ouche presque la tempe, et la concavité de l'ins-
rument est comme appliquée sur la convexité de
a cornée. On fait la ponction à une ligne de la cir-
:onférence de la cornée, et dans une position obli-
que par rapport au centre de la pupille préalable-
nent dilatée; on peut aussi introduire l'aiguille
vers le bord inférieur de la cornée, mais il faut alors
tenir l'œil plus fortement fixé que lorsqu'on l'en-
fonce latéralement. Quoi qu'il en soit, on suit, en
poussant l'aiguille, une direction oblique jusqu'à
la pupille, par laquelle on fait passer la pointe de
l'instrument, et on traverse la paroi antérieure de
la capsule, que l'on déchire; après quoi on broie le
cristallin en imprimant quelques mouvemens à
l'aiguille, et l'on abaisse les portions les plus vo-
lumineuses de la cataracte. On fait, autant qu'on
le peut, saillir à travers la pupille les portions de
cataracte que l'aiguille peut y pousser, et on les
précipite dans la chambre antérieure. Cette opéra-
tion se fait dans certaines circonstances en plu-
sieurs fois. Les adhérences, l'âge et la disposition
trop irritable de quelques malades nécessitent ces
précautions.

La méthode par *extraction* a été indiquée par
Albucasis, qui, trompé par les idées fausses que
l'on s'était faites de la cataracte, pensait qu'on
pourrait la retirer au moyen d'une aiguille creuse
sur laquelle on opérerait la succion.

Freytag parmi les modernes, paraît être le pre-
mier qui l'ait pratiquée depuis la restauration des
lettres en Europe; c'est, si l'on en croit Samuel
Cooper, vers la fin du dix-septième siècle qu'il en
fit l'emploi. Depuis lors, Saint-Yves, Daviel, Petit,
et Wenzel surtout, l'ont répandue, au point qu'elle
est devenue pendant quelque temps prépondérante,
et qu'elle compte maintenant un égal nombre de
partisans que l'*abaissement*.

L'immobilité absolue de l'œil étant beaucoup plus indispensable encore à la réussite de cette opération qu'à celle de l'abaissement, c'est plus spécialement pour ce cas que les oculistes ont imaginé des instrumens qu'ils ont nommés *ophthalmostats*, et qui ont pour usage de tenir les paupières écartées et de fixer le globe oculaire. Presque tous ont leur ophthalmostat particulier; mais tous les instrumens de ce genre, dont l'usage a été conservé, sont en définitive ou des anneaux elliptiques que l'on interpose entre les paupières, et à travers lesquels l'œil fait saillie, ou de simples crochets mousses qui se bornent à tenir la paupière supérieure relevée. Aujourd'hui les chirurgiens se servent avec avantage de leurs doigts ou de ceux d'un aide pour remplir ce but; ils maintiennent les paupières écartées et fixent l'œil comme il a été dit à l'occasion de l'abaissement.

Quoi qu'il en soit, l'extraction de la cataracte se fait de plusieurs manières, qui pour la plupart peuvent se diviser en trois temps. Dans le premier, on incise la cornée; dans le second, on divise la capsule cristalline; et enfin, dans le troisième et dernier, on procède à l'extraction du cristallin.

On pratique ordinairement l'incision de la cornée transparente avec un couteau de petite dimension, dont la lame est fixée inamoviblement sur son manche; ce couteau a reçu de la part des oculistes beaucoup de modifications dans sa forme, mais les seuls qui soient restés dans la pratique sont le couteau de Wenzel et celui de Richter. Le premier auquel son auteur a imposé le nom de *cératotome*, nom sous lequel on désigne en général maintenant tous ces instrumens, ressemble beaucoup par la lame à une lancette à grain d'orge; il en diffère cependant, en ce que son bord inférieur est seul tranchant dans toute sa longueur, le supérieur ne l'étant que dans un sixième seulement de son étendue près de la pointe. Le couteau de Richter a une lame pyramidale, les deux bords en sont droits, le supérieur est horizontal et ne coupe également que dans un sixième environ de son étendue près de sa pointe; l'inférieur, tranchant dans toute sa longueur, est oblique. Cet instrument, dont la lame s'élargit rapidement de la pointe vers sa base, paraît préférable à celui de Wenzel, parce qu'il achève plus promptement et plus nettement la section de la cornée.

Quel que soit celui des deux dont il fasse usage, l'opérateur le tient horizontalement, comme une plume à écrire, le bord tranchant dans toute sa longueur étant tourné en bas; il prend appui avec le petit doigt et l'annulaire sur la pommette, présente la pointe de l'instrument, perpendiculairement à la surface de la cornée transparente, vers l'angle externe de l'œil, à un quart de ligne du bord de cette membrane, et à un quart de ligne au dessus de son diamètre transversal, et il l'enfonce dans cette direction jusqu'à ce que la cornée soit traversée et que l'instrument ait pénétré dans la

chambre antérieure de l'œil; le manche du couteau est alors ramené à la direction transversale par rapport à l'axe de l'œil, suivant le plan de l'iris, la pointe conservant une légère inclinaison en bas, et menaçant un point situé à une ligne au dessous de l'extrémité interne du diamètre transversal de l'œil. Le couteau doit être ensuite poussé avec lenteur, et percer enfin la cornée de dedans en dehors, au point vers lequel la pointe a été dirigée pendant l'opération, et à un quart de ligne de la circonférence de la cornée, comme du côté opposé. Il est convenable dans ce moment de porter le manche de l'instrument en arrière, afin de percer la cornée un peu d'arrière en avant, autant que possible perpendiculairement à son épaisseur. Pour achever la section de la cornée, il ne faut que pousser le cératotome d'une manière continue, sans lui imprimer aucune secousse, et sans presser d'arrière en avant sur la cornée transparente. De cette manière l'instrument divise les parties sans difficulté et sans résistance. Si au contraire, on presse sur la cornée, il marche avec plus de peine, porte l'œil en dedans, et outre que la section s'opère moins nettement, sa pointe vient presque toujours, avant même que le premier temps de l'opération soit terminé, heurter le nez et se briser contre lui. On est alors obligé, pour éviter cet accident, de ramener l'œil à sa direction avant de passer outre; mais on n'y parvient pas sans difficultés et sans occasioner par la longeur même de l'opération une irritation plus vive, dont la suite est une inflammation consécutive plus violente. Un autre accident qui résulte de la pression exercée par la lame sur la cornée transparente, est l'écartement des lèvres de la plaie; mais cet accident survient surtout quand, par un mouvement accidentel ou peu méthodique, le couteau se trouve un peu retiré de la plaie, parce qu'alors la lame ne la bouche plus entièrement. Dans l'un et l'autre cas l'humeur aqueuse s'écoule, et l'iris, que rien ne soutient plus en devant, vient se présenter inévitablement au tranchant du couteau. Pour que l'opération soit bien faite, le lambeau doit être demi-circulaire, et les extrémités de l'incision inégalement élevées, l'une étant à une ligne au dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal, l'autre étant à la même distance de l'extrémité opposée. Pendant le temps que la section s'achève, l'aide laisse graduellement abaisser la paupière supérieure; dès qu'elle est finie, le chirurgien abandonne l'inférieure, pour remettre un peu le malade de son émotion.

On a proposé encore quelques autres instrumens propres à faciliter la section de la cornée. Les plus remarquables sont ceux de Guérin, de Dumont, et celui de M. Jaeger.

Les deux premiers se composent d'un anneau dans lequel est reçue la cornée transparente; cet anneau tient à une boîte allongée dans laquelle est contenue une batterie destinée à mettre en jeu une lame qui passe rapidement au devant de l'anneau, et coupe et détache en un instant indivisible la moitié inférieure de la cornée. Une bascule placée sur la boîte sert, dans ces deux instrumens, à faire partir la détente qui met la lame en mouvement. Dans l'instrument de Guérin, la boîte fait un angle droit avec l'anneau qui sert d'ophthalmostat, de sorte que quand celui-ci s'applique sur la cornée, le corps de l'instrument est tourné vers l'opérateur. Dans celui de Dumont l'anneau et le corps de l'instrument sont dans la même direction. Ces deux instrumens ont l'avantage de faire en un instant indivisible la section de la cornée, qui se trouve achevée par conséquent avant que l'œil ait eu le temps de faire aucun mouvement, que l'humeur aqueuse ait eu le temps de s'évacuer, et que l'iris soit venu se présenter au tranchant de l'instrument. Mais, d'un côté, ces accidens sont rares, et peuvent en général être facilement évités; d'un autre côté, la surprise qui résulte pour le malade de l'action brusque de l'instrument, peut très-bien déterminer une contraction spasmodique des muscles du globe de l'œil, et l'évacuation partielle ou totale des humeurs. Enfin l'action de ces instrumens n'est pas toujours sûre; nous avons vu celui de Guérin percer la cornée de part en part, et rester suspendu à cette membrane qu'il n'avait pas pu inciser complètement; d'ailleurs ils sont chers et d'un entretien difficile. Toutes ces raisons les ont fait abandonner des praticiens.

L'instrument de M. Jaeger est beaucoup plus simple que ceux-ci, et son action est beaucoup plus sûre; c'est un cératotome ordinaire, sur la lame fixe duquel est posée une autre lame, de même forme et mobile, disposée de telle sorte qu'elle peut glisser sur la première quand on presse un bouton analogue à ceux que l'on remarque sur les canifs dits à coulisse. Le mécanisme de cet instrument est facile à saisir. Quand on a traversé de part en part la cornée transparente, ce qui se fait facilement, parce que les deux lames exactement juxta-posées, n'offrent guère plus de volume qu'une seule, on tient l'instrument immobile, et l'on achève la section en poussant la seconde lame; l'œil, fixé par la première, ne peut se mouvoir, et comme la lame mobile se trouve en avant de l'autre, elle ne peut agir que sur la cornée, qui est coupée nettement, régulièrement, et sans difficulté. Cet instrument nous paraît très-propre à remplir le but pour lequel il a été inventé.

On a fait varier la direction de l'incision de la cornée. D'abord elle a été transversale; Wenzel paraît être le premier qui lui ait donné l'obliquité convenable. Enfin, pour éviter que la paupière inférieure ne soulève le lambeau de la cornée, on a pensé à diriger l'incision en haut, de manière à détacher la demi-circonférence supérieure de cette membrane. Nous avons vu plusieurs fois M. Dupuytren opérer de cette manière sans en avoir retiré aucun avantage. Elle a cependant été adoptée par M. Jaeger, et c'est pour la pratiquer qu'il se sert de son couteau à double lame.

Si l'on se propose d'opérer les deux yeux en même temps; il faut, après avoir terminé la section de la cornée d'un côté, procéder à l'opération du côté opposé, et achever complètement sur celui-ci, pour revenir ensuite au premier œil. On conçoit que, si l'on terminait du premier côté avant d'attaquer le second, l'œil dont le cristallin serait extrait, pourrait s'évacuer complètement pendant la seconde opération, rien ne retenant plus l'humeur vitrée. Quand au contraire les deux cornées sont incisées,

il importe peu d'achever l'opération d'un côté plutôt que de l'autre ; c'est pour cela qu'on la termine sur le second œil, afin de ne pas se reporter trop souvent et inutilement de l'un à l'autre.

Lorsque l'on n'opère qu'un œil, il faut procéder immédiatement au second temps de l'opération, c'est-à-dire à l'incision de la capsule cristalline. Daviel se servait pour cela d'une petite aiguille en forme de lance ; Lafaye avait imaginé un kystitome construit sur le même modèle que le pharyngotome, mais de dimension appropriée à son objet, légèrement recourbé ; M. Beer se sert d'une espèce de lancette ; d'autres de l'aiguille à cataracte ordinaire ; mais le plus grand nombre fait usage du couteau qui a servi à inciser la cornée. De quelque instrument qu'on se serve, avant de l'introduire il faut que l'aide écarte de nouveau la paupière supérieure, et que l'opérateur abaisse l'inférieure. Glissant alors entre les lambeaux, qu'il soulève avec précaution, l'instrument dont il fait usage, en ayant soin que son tranchant ou sa pointe ne blesse pas les lèvres de l'incision, l'opérateur le fait pénétrer à travers la pupille, et divise la membrane, après quoi il retire l'instrument avec le même soin. Quelques opérateurs très-habiles confondent ce second temps avec le premier, c'est-à-dire qu'ils incisent la capsule cristalline en même temps que la cornée. Pour cela, il leur suffit d'incliner en arrière la pointe de l'instrument, lorsque, parvenue à moitié de son trajet, elle est arrivée au niveau de l'ouverture pupillaire, ils lui font traverser cette ouverture, incisent la capsule, puis ramenant le couteau à sa direction transversale, ils achèvent le premier temps de l'opération.

Enfin, dans le troisième temps, on procède à l'extration. Souvent si l'incision est assez large, si la pupille est dilatée, s'il n'existe pas d'adhérence, si la capsule est suffisamment ouverte, le cristallin s'échappe de lui-même ; mais le plus ordinairement cette sortie spontanée n'a pas lieu, et l'on est obligé de la provoquer. La manière la plus simple pour y parvenir est celle-ci : l'opérateur applique le pouce sur la paupière supérieure, sans presser dessus, et seulement pour soutenir le globe de l'œil ; il porte ensuite l'extrémité d'un doigt sur la paupière inférieure, et appuie doucement sur elle comme pour l'engager entre le globe de l'œil et le rebord orbitaire ; il augmente d'une manière insensible la pression, jusqu'à ce que le cristallin soit engagé dans la pupille, et il la diminue ensuite graduellement jusqu'à ce que ce corps soit sorti, ou engagé entre les bords de l'incision de la cornée, d'où il le retire en le piquant avec la pointe du couteau.

L'extration du cristallin peut offrir des difficultés qui tiennent à plusieurs causes. Quelquefois c'est la contraction de la pupille qui s'oppose à la sortie de ce corps : il faut alors placer l'œil dans l'obscurité pour faire dilater la pupille ; et si ce moyen ne suffit pas, on presse avec le pouce sur la paupière supérieure abaissée, en ayant soin d'appuyer ce doigt vers le point qui correspond à l'union de la cornée transparente avec la sclérotique, parce que la pression exercée dans ce lieu agit sur le bord supérieur de la lentille, et lui imprime un mouvement de bascule qui porte son bord inférieur en avant vers la pupille, qu'il dilate. Enfin, si ce moyen ne réussissait pas encore, il faudrait appliquer sur la paupière quelques gouttes d'extrait de belladone, et attendre que ce topique eût produit l'effet désiré pour procéder à l'extraction. Dans d'autres cas, le cristallin est retenu par sa capsule, on peut alors se servir de la curette imaginée par Daviel pour le détacher ; on tire souvent aussi, dans ce cas, un grand secours d'un crochet imaginé par Wenzel, et perfectionné par M. Demours, et qui ressemble assez, par sa forme, à l'instrument de même nom dont on se sert pour broder. Dans d'autres circonstances, la cataracte est adhérente à l'iris, et l'on ne peut l'extraire qu'après avoir détruit avec une aiguille courbe et tranchante les liens qui l'unissent à cette membrane ; on peut se servir ensuite de la curette pour l'ébranler. On a vu dans certains cas le cristallin et sa capsule encroûtés de phosphate calcaire. Si pareil cas se présentait, il faudrait porter à travers la pupille des pinces déliées terminées par une double airigne, que M. Maunoir a fait construire pour un autre but, chercher à renverser le corps opaque afin de le saisir par un de ses bords, et l'extraire.

Dans d'autres circonstances, le cristallin est extrait avec facilité ; mais il reste après lui, soit une humeur trouble, soit des débris de sa propre substance, soit des lambeaux opaques de sa capsule. Dans les deux premiers cas, on débarrasse facilement la pupille, soit avec des injections d'eau tiède conseillées par quelques oculistes, soit, ce qui vaut mieux, au moyen de la curette ; dans le dernier cas, il faut se servir des pinces de M. Maunoir pour saisir ou détacher les lambeaux de la capsule ; s'ils paraissent trop adhérens, on les retranche avec des ciseaux fins, boutonnés et bien affilés. Cette manière de procéder est préférable à celle qu'avaient adoptée les anciens oculistes, et qui consistait à commencer par inciser circulairement la capsule avec une aiguille en fer de lance, quand ils avaient reconnu qu'elle était opaque ; ils détachaient ainsi un disque correspondant à l'ouverture de la pupille, et procédaient ensuite à l'extraction. Il est beaucoup plus facile et tout aussi sûr d'opérer comme nous l'avons dit.

Il peut aussi arriver que la difficulté d'extraire le cristallin tienne à un état particulier de diffluence du corps vitré. Dans ce cas, en effet, lorsque l'on presse sur l'œil pour faire sortir sa lentille, l'humeur vitrée passe avant, et sortirait tout entière si l'on continuait la pression. Il faut convenir toutefois que cet accident arrive plus ordinairement, parce que l'instrument porté dans la pupille pour diviser la capsule, a traversé le cristallin et intéressé la membrane hyaloïde. Quoi qu'il en soit, lorsqu'il survient, il faut porter la curette, le crochet ou les pinces, à travers la pupille, pour aller saisir le cristallin, et, si l'on ne peut y parvenir, le corps s'enfonçant de plus en plus dans l'épaisseur de l'humeur vitrée, se décider à l'abaisser au dessous du niveau de la pupille, et l'abandonner, comme lorsqu'on opère par abaissement, à l'action des vaisseaux absorbans.

Quelques accidens plus ou moins graves peuvent aussi survenir pendant l'opération. La sortie de

l'humeur vitrée est un des plus fréquens. Nous avons déjà indiqué deux causes qui peuvent la provoquer; elle dépend plus souvent de la manière vicieuse dont l'œil est maintenu, ou dont on exerce la pression pour faciliter la sortie du cristallin. Si au moment où l'on achève la section de la cornée, l'aide ou l'opérateur presse trop fortement sur le globe oculaire; si, après l'incision de la capsule, on presse encore trop fortement, et surtout si l'on n'a pas soin de diminuer la pression lorsque le cristallin s'engage dans la pupille, et de la cesser tout-à-fait au moment où ce corps arrive entre les lèvres de l'incision de la cornée, le cristallin et l'humeur vitrée s'échappent en même temps. Quand une partie seulement du corps vitré est ainsi évacuée, l'humeur aqueuse y supplée, et après la guérison, l'œil n'en remplit pas moins bien ses fonctions; mais quand la plus grande partie ou la totalité de ce corps s'échappe, l'œil s'atrophie inévitablement. Indiquer les causes de cet accident, c'est indiquer en même temps le moyen de l'éviter

Un autre accident plus rare est la blessure de l'iris par le couteau; elle peut avoir lieu dans deux circonstances différentes. Quelquefois elle tient à ce que l'instrument, plongé perpendiculairement à la surface de la cornée, a été poussé avec trop de force, et a traversé non-seulement la cornée, mais encore la chambre antérieure et l'iris; il faut alors le retirer rapidement, le ramener à la direction transversale, et achever le premier temps de l'opération. D'autre fois, l'iris se présente au tranchant de l'instrument, parce que, le couteau ayant été en partie retiré et n'emplissant plus la plaie, l'humeur aqueuse a pu s'écouler; il faut alors faire quelques frictions sur l'œil pour exciter les contractions de cette membrane; et si l'on ne peut parvenir à la réduire, retirer le couteau, et achever l'incision avec des ciseaux fins, bien affilés et boutonnés à leur extrémité. La blessure de l'iris est un accident grave : elle gêne l'opération, en provoquant un écoulement de sang qui masque les parties, et empêche de porter avec certitude les instrumens propres à inciser la capsule cristalline ou à extraire les débris de la cataracte; elle provoque une iridite plus ou moins grave, et laisse les sujets presque toujours affectés d'une déformation de la pupille, qui apporte de la confusion dans l'exercice de la vue.

Dans quelque cas on ne blesse pas l'iris avec le couteau, mais on décolle une partie de sa circonférence : cela arrive surtout quand, la cataracte étant adhérente, on tire dessus avec le crochet ou la pince, avant de l'avoir détachée avec l'aiguille; Wenzel a vu cet accident arriver trois fois. Dans deux de ces cas les malades ont conservé une pupille artificielle qui n'a pas beaucoup gêné la vision, mais la pupille normale est restée irrégulière. Dans le troisième l'iris s'est recollé.

Enfin il arrive quelquefois, après l'extraction, que l'iris fait hernie entre les lèvres de la plaie. Outre que cet accident entraîne une inflammation consécutive violente qui peut amener la cécité, il a nécessairement pour effet, lorsqu'on n'y remédie pas, d'établir des adhérences entre l'iris et les lèvres de la plaie, et de laisser la pupille déformée et moins propre à remplir ses fonctions. On remédie facilement à la hernie de l'iris, en repoussant cette membrane dans la chambre antérieure, à l'aide de la curette ou d'un stylet mousse, mais il faut procéder sans délai à cette réduction, car il s'établit promptement des adhérences qui la rendraient impossible.

Chacune des trois méthodes opératoires que nous avons décrites suit une marche différente pour arriver à la guérison. Après la méthode de l'abaissement, la plaie se cicatrise dans l'espace de quelques heures; le cristallin déprimé se cantonne dans les lieux où il a été placé : il est délayé par les humeurs de l'œil, et absorbé dans l'espace de quelques mois, d'un an, ou plus. Mais au bout de douze à quinze jours, quand il n'est pas survenu d'inflammation, le malade peut se servir de son œil, le travail d'absorption ne troublant en général sa transparence que pendant quelques jours, ou même point du tout. Après le broiement par la cornée ou par la sclérotique, c'est en place et dans la chambre antérieure, que les diverses portions du cristallin divisé sont absorbées; mais le trouble persiste pendant plus long-temps, et la vue ne se rétablit en général qu'après trois semaines ou un mois. Après l'extraction, la pupille est nette immédiatement, la plaie de la cornée est cicatrisée dans l'espace de douze ou quinze jours, et le malade peut alors se servir de ses yeux.

Mais des accidens viennent souvent entraver la marche de la guérison, à la suite de ces diverses méthodes. Le plus commun est l'inflammation, qui est quelquefois violente au point de déterminer la la perte de l'œil; mais il est rare qu'elle arrive à ce point après l'abaissement ou le broiement, parce que l'œil n'a éprouvé qu'une simple piqûre. Elle y arrive au contraire beaucoup plus communément à la suite de l'extraction, parce que les membranes de l'œil sont incisées dans une grande étendue, que les lèvres de l'incision de la cornée sont souvent écartées et irritées par le bord de la paupière inférieure, que l'iris vient quelquefois se présenter consécutivement à travers la plaie, et parce qu'enfin les blessures et le décollement de cette membrane sont plus difficiles à éviter, et par conséquent plus communs, en opérant par cette méthode, qu'en opérant par les autres.

Les cataractes secondaires constituent un accident consécutif commun aux trois méthodes : elles sont le résultat de l'opacité que contracte la capsule cristalline, lorsque, transparente au moment de l'opération, et échappant par conséquent à la vue de l'opérateur, elle n'a point été incisée dans une assez grande étendue pour que ses lambeaux ne puissent plus se rapprocher. Elles sont, pour des raisons faciles à deviner, plus communes à la suite du broiement qu'à la suite des autres méthodes d'opérer. Nous avons vu quelles précautions il fallait prendre pour prévenir cet accident, qui nécessite toujours une seconde opération.

Les vomissemens spasmodiques sont un autre accident de l'opération de la cataracte. Ils se manifestent quand l'iris et surtout les nerfs ciliaires ont été blessés. Ils peuvent par conséquent survenir après l'emploi de toutes les méthodes opératoires; mais ils sont plus communs à la suite de

celles dans lesquelles on pique en arrière de la cornée transparente. Cet accident a quelquefois une violence telle que les malades vomissent sans discontinuer pendant plusieurs jours, et il n'a pas seulement alors l'inconvénient de les fatiguer et de les alarmer sur leur état, il a encore celui de provoquer le replacement du cristallin, et de nécessiter une nouvelle opération. Nous avons vu comment on peut l'éviter; quand il existe, il n'y a d'autres moyens à employer pour le combattre que les antispasmodiques à hautes doses.

La réascension du cristallin est un accident particulier à la méthode de l'abaissement; il survient lorsque l'opérateur a seulement abaissé le cristallin directement en bas, parce que alors les liens qui le fixent au lieu qu'il occupe ne sont pas complètement rompus, ou lorsque, l'ayant porté en bas et en dehors, il a retiré l'aiguille trop tôt, c'est-à-dire avant que l'humeur vitrée ait eu le temps d'envelopper complètement le corps. Il survient surtout lorsque le malade se livre à des mouvemens inconsidérés pendant les premières heures qui suivent l'opération; nous avons vu la réascension du cristallin se faire au bout de trente-six heures. Il n'y a d'autre remède à cet accident que de recommencer l'opération, quand l'irritation occasionée par celle que l'on a faite inutilement est complètement dissipée.

De tous ces accidens consécutifs, l'inflammation est le plus ordinaire et l'un des plus redoutables. C'est elle qui détermine la cécité dans le plus grand nombre des cas où l'opération n'est pas suivie de succès. C'est aussi à la combattre ou à la prévenir que l'on s'attache plus spécialement dans le traitement auquel on soumet le malade, par quelque méthode que l'opération ait été exécutée.

Ce traitement consiste à mettre le sujet au régime des maladies aiguë de l'œil. Il sera donc placé dans une chambre obscure et bien close, afin que la lumière ni l'air ne puissent porter leur action irritante sur l'organe de la vue. Un bandeau composé d'un linge fin, plié en deux, et contenant dans son pli un morceau de taffetas vert ou noir, sera attaché à son bonnet avec des épingles, et descendra au devant des yeux, sans les comprimer. Une saignée du pied deux heures après l'opération, moyen excellent que nous avons adopté à l'imitation de quelques oculistes, de M. Lusardi entre autres, et dont nous avons retiré les plus grands avantages; l'application sur l'œil de compresses imbibées d'eau fraîche; le séjour au lit, la tête légèrement relevée après l'extraction, plus relevée après l'abaissement, pour prévenir le replacement du cristallin; la diète, l'usage des boissons délayantes, des bains de pieds, et des lavemens, seront ajoutés à ces moyens. Pendant toute la durée du traitement le malade devra de plus tenir les paupières rapprochées sans effort, comme elles le sont dans un sommeil tranquille; il lui suffira de les entr'ouvrir de temps en temps, pour laisser échapper les larmes, dont le séjour irriterait l'œil; si, par suite de l'inflammation, les paupières venaient à se coller, on les détacherait, en les lavant avec une éponge fine imbibée d'eau de guimauve, pour permettre à ce liquide de s'écouler. Enfin, il ne faut, sous aucun prétexte, permettre au malade de chercher à voir: car l'impression, même momentanée, de l'air et de la lumière, suffit, quand elle est intempestive, pour faire déclarer une inflammation vive que les moyens les plus énergiques n'empêchent pas toujours de détruire la transparence de l'œil.

Il est inutile de dire que si, malgré les précautions indiquées, l'ophthalmie se développait, il faudrait l'attaquer par tous les moyens qui ont été indiqués en parlant de la conjonctivite, de l'iridite, de l'hypopion, etc., suivant le siége et la forme qu'elle affecterait principalement.

Les praticiens ne sont point d'accord sur la préférence à accorder à chacune des méthodes opératoires que nous avons fait connaître. Les uns préconisent particulièrement l'abaissement, les autres le broiement, d'autres enfin préfèrent l'extraction. On pense pourtant que généralement l'extraction doit être préférée dans les cas de cataractes dures et libres, affectant les vieillards, chez lesquels l'absorption est plus tardive, et qu'au contraire on doit opérer par abaissement ou par broiement les cataractes adhérentes et celles qui sont molles. Mais, d'une part, l'avantage qu'on prête à l'extraction chez les vieillards est illusoire; car s'il est vrai que l'absorption soit lente chez eux, il est vrai aussi que le cristallin détourné de l'axe des rayons visuels ne gêne nullement la vision, et qu'il pourrait même rester intact sans inconvénient. Nous avons examiné les yeux d'un vieillard opéré depuis environ deux ans, et nous avons trouvé les restes du cristallin qui n'étaient point encore totalement absorbés, et cependant ce vieillard avait promptement recouvré la vue. D'une autre part, il est fort difficile d'établir une préférence entre les méthodes opératoires, en se fondant sur la consistance plus ou moins grande de la cataracte: car on ne peut pas toujours à beaucoup près déterminer à l'avance jusqu'à quel point elle est molle ou dure, libre ou adhérente, et il arrive tous les jours qu'on est obligé d'extraire par parties ou de broyer telle cataracte que l'on avait crue assez consistante ou assez libre pour pouvoir être extraite ou abaissée en masse, tandis que l'on est contraint d'abaisser en masse telle autre que l'on se proposait de broyer.

C'est donc sous le triple rapport de la généralité de leur application, des difficultés qu'elles présentent et des accidens qu'elles peuvent occasioner, qu'il faut considérer les diverses méthodes d'opérer la cataracte, afin de déterminer laquelle mérite la préférence comme méthode générale.

Sous le premier point de vue, la méthode qui consiste à pénétrer dans l'œil par la sclérotique est préférable à celle de l'extraction, car elle permet de faire, suivant l'occurrence, l'abaissement en masse ou le broiement, et celui-ci est beaucoup moins dangereux que les manœuvres nécessaires à l'extraction d'une cataracte molle, qui se divise en lambeaux ou en fragmens, ou qui laisse après elle une humeur trouble difficile à extraire. Elle est encore préférable à la kératonyxis; car, lorsque l'on rencontre en opérant suivant cette méthode un cristallin dur, il devient fort difficile, ou de le di-

viser, ou de l'abaisser sans faire supporter des tiraillemens dangereux à la cornée et à l'iris, à cause de la direction oblique suivant laquelle l'aiguille est engagée dans l'œil. Enfin, elle est encore applicable à un plus grand nombre de cas que l'extraction, car elle peut être employée sur tous les yeux; tandis que celle-ci n'est pratiquée qu'avec difficulté sur des yeux petits et enfoncés dans les orbites.

Sous le rapport de la facilité d'exécution, cette méthode l'emporte encore sur les autres. Elle est en effet plus facile que la kératonyxis; car l'aiguille dans cette dernière est gênée dans ses mouvemens par le bord de l'ouverture de la pupille dans laquelle elle est engagée; tandis que quand elle traverse la sclérotique, elle peut exécuter facilement des arcs de cercle, dont le centre correspond à la petite plaie; elle est surtout plus facile que l'extraction, dans laquelle le moindre faux mouvement peut avoir des conséquences fâcheuses, par rapport à l'iris principalement.

Si l'on comparait ces méthodes sous le rapport des accidens primitifs ou consécutifs qu'elles peuvent occasioner, il semblerait au premier coup-d'œil que la kératonyxis devrait en provoquer de moins graves que la piqûre de la sclérotique; cependant des expériences comparatives faites à l'Hôtel-Dieu, ont prouvé le contraire; la piqûre de la cornée transparente et le tiraillement presque inévitablement éprouvé par la circonférence de la pupille, ont déterminé des inflammations consécutives de la cornée ou de l'iris, plus fréquentes et plus graves qu'après la piqûre de la sclérotique et des autres membranes qui enveloppent le corps vitré. Que si l'on compare sous ce point de vue la méthode dont nous parlons avec l'extraction, on verra que celle-ci n'a sur elle que l'avantage de ne point exposer à la réascension du cristallin, ni à la blessure des nerfs cilaires. Mais le premier de ces accidens n'entraîne qu'à recommencer une opération peu grave, et le second peut en général être évité en tenant l'aiguille à plat, ainsi que nous l'avons dit; d'ailleurs, l'imperfection de la cicatrice de la cornée, quand le couteau, mal dirigé, a fait un lambeau irrégulier, la sortie de l'humeur vitrée sous la pression trop forte exercée pour évacuer le cristallin, ou lorsque l'instrument, en incisant ce corps, a blessé la membrane hyaloïde, les difficultés qu'il y a à repousser l'iris, lorsque cette membrane vient à faire hernie à travers la plaie, celles qu'on éprouve pour ressaisir le cristallin renversé dans l'humeur aqueuse, etc., tous ces inconvéniens ne compensent-ils pas les désagremens de la récidive ou les effets de la blessure des nerfs ciliaires?

Aussi l'expérience a-t-elle hautement prononcé en faveur de la méthode de l'abaissement, à l'Hôtel-Dieu du moins, toutes les fois qu'on a voulu faire des essais comparatifs, soit qu'on ait opéré en même temps un certain nombre d'individus placés dans les mêmes circonstances, soit que sur un même sujet on ait opéré un œil par abaissement, et un autre par extraction. Ces expériences faites plusieurs fois par M. Dupuytren, ont toujours eu le même résultat, et nous ont déterminé à adopter l'abaissement comme méthode générale. Nous avons employé exclusivement cette méthode un assez bon nombre de fois : nous avons eu quelques inflammations consécutives; mais nous pouvons affirmer que jamais elles n'ont été assez violentes pour compromettre la transparence de l'œil. Nous rappellerons toutefois que nous avons l'habitude de soumettre les malades à un traitement préservatif assez sévère.

# ORDRE QUATRIÈME.

## IRRITATIONS NERVEUSES OU NÉVROSES.

### De la névrose en général.

L'irritation ne détermine pas toujours un afflux appréciable de liquides dans les tissus qu'elle occupe; de la douleur ou le désordre d'une fonction sont souvent alors les seuls symptômes par lesquels elle se manifeste. Nous avons nommé ce mode d'irritation, *irritation nerveuse* ou *névrose*, et nous l'avons défini : L'*augmentation de l'action organique d'un tissu sans appel appréciable de fluides*. On s'en fera une idée assez exacte, en se représentant les névroses comme étant de même nature que les phénomènes sympathiques des maladies en général, et n'en différant qu'en ce que l'irritation qui les constitue est idiopathique au lieu de dépendre d'une cause éloignée. Ainsi, pour rendre ceci plus sensible par des exemples, les mêmes convulsions que provoque une arachnoïdite, les mêmes vomissemens qu'excite la néphrite, le même délire que détermine une violente gastro-entérite, etc., existent souvent indépendamment de ces phlegmasies, et constituent alors de véritables névroses.

De même que l'afflux anormal du sang dans un tissu est, comme nous avons cherché à le démontrer, le caractère pathognomonique de l'inflammation, de même l'accumulation du fluide nerveux sur une partie est le caractère fondamental de la névrose. Toutes les névroses, en effet, s'expliquent très-bien par l'hypothèse d'un influx nerveux trop rapide, trop intense, ou trop abondant dans les tissus qui en sont affectés; et une hypothèse qui satisfait à tous les faits, et que fortifient les analogies les plus puissantes, est bien près d'être une vérité démontrée. Cette accumulation du fluide nerveux est tout aussi matérielle que celle du sang dans les tissus enflammés, mais elle n'est pas visible comme elle, parce que le fluide nerveux se dérobe à la vue comme le fluide électrique, avec lequel son identité devient chaque jour moins douteuse. Tous les tissus qui reçoivent des nerfs peuvent donc être affectés de névroses,

comme tous ceux qui reçoivent des vaisseaux sanguins peuvent être affectés d'inflammation, et l'on n'est pas plus fondé à placer le siége exclusif des premières dans la moelle épinière et le cerveau, comme le veulent quelques médecins, qu'on ne le serait à établir, celui de toutes les phlegmasies dans le cœur et les principales artères.

Les causes de l'irritation nerveuse sont aussi variées que celles de l'inflammation, ou plutôt elle se développe sous les mêmes influences, mais agissant sur des individus prédisposés. Les femmes, les enfans et les individus dont le système nerveux est très-irritable, sont en effet les êtres qu'on voit principalement et presque exclusivement affectés de névroses; et cette forme de l'irritation naît chez eux, comme la phlegmasie, sous l'influence du froid, du chaud, de la sécheresse, de l'humidité, des écarts de régime, de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, etc. Toutefois, il existe un certain ordre de causes qui produisent plus spécialement l'irritation nerveuse : ce sont les affections morales, et parmi elles les émotions vives et brusques, les contrariétés, la colère, la frayeur surtout, et les chagrins. A ces causes, il faut encore joindre les suivantes dont l'influence est des plus fortes, savoir, les veilles prolongées, les études opiniâtres, l'abus du café, l'oisiveté, la vie des salons, les lectures romanesques ou érotiques, et la masturbation. Enfin, les violentes douleurs, les grandes blessures, les piqûres et les déchirures des nerfs, la produisent aussi quelquefois. L'action de toutes ces causes est évidente, toutes agissent directement ou indirectement, soit sur le système nerveux en général, soit sur quelques portions de ce système, et toujours en exagérant son irritabilité. Que dans l'état d'excitation nerveuse générale qu'elles provoquent, un organe, une partie quelconque, viennent à être irritées par toute autre cause, ou seulement que ces parties soient naturellement plus irritables, il en résultera une névrose partielle, tandis qu'elle fût restée générale sans ces particularités. Nous verrons d'ailleurs plus tard qu'il existe des causes spéciales pour la production d'un grand nombre de névroses partielles.

Il est assez difficile d'exposer d'une manière générale les caractères de l'irritation nerveuse; ils sont presque tous négatifs. Cependant, quand on voit une maladie dont l'invasion est brusque, s'annoncer par une douleur plus ou moins vive que n'accompagnent ni appel appréciable de fluides, ni tuméfaction, et souvent pas le moindre accroissement de chaleur, ou bien se manifester par un désordre considérable dans une ou plusieurs fonctions; quand on observe en même temps une absence complète de fréquence dans le pouls, d'autant plus remarquable qu'elle contraste davantage avec la vivacité de la douleur, ou avec le désordre de la fonction lésée; si en outre cette maladie cesse tout à coup et souvent d'elle-même, si elle revient à des époques plus ou moins régulières, si l'état électrique de l'atmosphère, les affections morales ou les autres causes que nous avons énumérées, influent évidemment sur le retour de ses accès ou de ses attaques, si enfin immédiatement après la suspension des symptômes, et pendant tout le temps que dure l'intermission, le malade est dans un état de santé satisfaisante, et, à plus forte raison, si elle ne paraît pas même avoir été dérangée, la maladie est une névrose. Il n'est toutefois pas nécessaire de trouver tous ces signes réunis pour caractériser une irritation nerveuse; il suffit pour la constater, d'une douleur vive ou d'un désordre fonctionnel considérable, sans afflux de liquides ou sans accélération du pouls Dans chaque tissu, elle offre d'ailleurs des symptômes particuliers, qui ne permettent pas en général de la méconnaître; nous aurons le soin de les signaler.

Mais l'irritation nerveuse n'est pas toujours aussi simple que nous venons de la décrire, elle s'accompagne quelquefois d'un afflux sanguin plus ou moins considérable, et même on la voit assez fréquemment coexister avec l'inflammation du tissu qu'elle affecte; il en résulte alors un mélange de symptômes inflammatoires et de phénomènes nerveux qui rendent le diagnostic difficile. Ce n'est pas que l'on éprouve de la difficulté à reconnaître l'existence simultanée de deux modes d'irritation; on y parvient au contraire assez aisément, mais on est souvent fort embarrassé dans ces cas, pour savoir si les phénomènes inflammatoires sont subordonnés à l'irritation nerveuse, si ce sont au contraire ceux-ci qui dépendent des premiers, ou enfin s'il y a seulement existence simultanée des deux ordres de symptômes sans dépendance mutuelle : en d'autres termes, si l'on a sous les yeux une névrose avec afflux sanguin, ou une inflammation avec phénomènes nerveux, ou la névrose et l'inflammation simultanées d'un même tissu. Il est alors indispensable de rechercher les causes de la maladie, d'en peser les symptômes et d'observer leur marche, et quelquefois même de tenter quelques médications, comme pierres de touche en quelque sorte, pour éclairer la nature du mal. On y parvient en général assez promptement quand l'affection est aiguë, mais lorsqu'elle est chronique, il est parfois impossible d'en porter le diagnostic précis.

Rien n'est variable comme la marche des névroses en général; presque toujours elle est remarquable par l'irrégularité, car ce n'est pas, à proprement parler, de l'intermittence dans le sens que l'on attache généralement à ce mot, qu'offrent leurs accès, c'est encore moins de la périodicité, c'est un retour irrégulier sous l'influence de nouvelles causes. L'intensité des accès est quelquefois effrayante, et cependant on les voit rarement occasioner la mort. Quant à la durée des névroses, elle est en général très-longue, bien qu'elle puisse, dans quelques cas, être de quelques minutes seulement. On obtient en général difficilement la guérison de ces maladies, plusieurs même sont incurables; cependant on ne peut pas les considérer comme dangereuses, puisqu'elles entraînent rarement la mort; les malades qui en sont atteints succombent ordinairement à d'autres affections qui surviennent pendant leur cours, ou à la phlegmasie chronique et à la désorganisation du tissu qu'elles affectent, modes de terminaison presque inévitables de celles qui sont de longue durée.

Les caractères anatomiques des névroses ne sont

pas connus, ou plutôt il est de leur nature de n'en pas avoir. Si l'on rencontre en effet des lésions à leur suite, ce sont toujours celles d'un autre mode de l'irritation, celles de la phlegmasie, par exemple, et jamais on n'observe sur les cadavres de désordres appréciables auxquels on puisse rattacher leurs symptômes. Dans l'opinion que nous nous sommes formée de la nature de ces maladies, ce manque absolu de données précises d'anatomie pathologique ne nous étonne pas; on n'en possédera jamais davantage, s'il est vrai, comme nous en avons émis les premiers l'idée, que les irritations nerveuses dépendent toutes de l'accumulation du fluide nerveux dans un tissu. Il est évident dès lors que, soit que ce *fluxus*, cet appel, cette accumulation de fluide nerveux s'opère sans celle des autres fluides, soit que son afflux s'accompagne de celui du sang, on ne peut, dans aucun cas, l'apprécier sur le cadavre, puisqu'il n'est pas possible de l'observer, même pendant que les tissus sont encore doués de la vie. Or, cette hypothèse rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui caractérisent les névroses; elle permet de concevoir la brusque invasion de la plupart de ces maladies, elle explique très-bien leur mobilité, la facilité et la rapidité avec lesquelles elles se transportent d'un tissu sur un autre, leur cessation soudaine et souvent spontanée, la sensation d'engourdissement local qui les suit fréquemment, engourdissement qui paraît résulter bien évidemment d'un épuisement de fluide nerveux, l'influence qu'exerce l'état électrique de l'air sur le retour des attaques, l'état de santé parfaite qui succède immédiatement à leurs accès les plus violens, leur guérison souvent subite après plusieurs années de durée, etc., etc. La nature des névroses paraît donc bien être celle que nous leur assignons; elles ne doivent donc point posséder de caractères anatomiques.

Soutirer en quelque sorte le fluide nerveux des parties où il s'accumule, l'y neutraliser ou le répartir uniformément dans toute l'économie, telles sont les indications thérapeutiques qui découlent des idées théoriques et des considérations générales qui précèdent. Ne sont-ce pas les mêmes indications que l'on exprime dans un autre langage, quand on conseille de révulser, de détruire, et de disséminer l'irritation nerveuse? Les moyens de les remplir sont nombreux et variés : parmi eux, les saignées locales et générales, les bains peu chauds, l'exercice poussé jusqu'à la fatigue, une grande régularité dans le régime, le séjour à la campagne et les distractions, occupent le premier rang : viennent en seconde ligne ces nombreux antispasmodiques si vantés par les thérapeutistes, et dont on a tant abusé, tels que l'éther, le musc, le castoréum, le succin, l'assa fœtida, la valériane, etc.; enfin nous plaçons les derniers, mais seulement parce que le mode d'action n'en est pas bien connu, l'électricité, le galvanisme, l'acupuncture, l'électro-puncture et les deux magnétismes. En traitant de chaque névrose en particulier, nous préciserons, autant que nous le permettront l'état de la science et nos propres recherches, les conditions principales de l'emploi de ces divers moyens.

## NÉVROSES DU SYSTÈME NERVEUX.

### Considérations générales.

Nous avons déjà vu que la substance du cerveau, du cervelet, de la moelle et des nerfs, pouvait devenir le siége d'inflammations et d'hémorrhagies, comme tous les autres tissus; comme eux aussi, nous allons la voir contracter des névroses, c'est-à-dire devenir le siége de concentrations ou d'accumulations locales du fluide nerveux, sans afflux appréciable d'autres fluides. Plusieurs médecins donnant au mot *névrose* une extension abusive, l'ont appliqué comme terme générique à toutes les maladies du système nerveux, et dès lors ils ont cru devoir critiquer l'expression de *névrose du système nerveux* que nous avons consacrée. Nous ne nous arrêterons pas à combattre longuement leur erreur, nous nous bornerons à répondre en peu de mots, que la cérébrite, l'apoplexie et l'épilepsie ont souvent le même siége dans la substance blanche du cerveau, et que cependant jamais auteur n'a osé prétendre que ce fussent là trois névroses. Tous les pathologistes, au contraire, regardent la première comme une inflammation, la seconde comme une hémorrhagie, et la troisième comme une névrose : or, s'il est convenable de ranger la cérébrite parmi les inflammations du système nerveux, l'apoplexie au nombre de ses hémorrhagies, il doit l'être et il l'est en effet, de placer l'épilepsie parmi ses *névroses*.

Le cerveau, le cervelet, la moelle épinière et les cordons nerveux, offrent autant d'exemples de névroses que tous les autres systèmes ensemble. Pénétrés, imprégnés en quelque sorte de fluide nerveux, ces organes devaient en effet éprouver plus fréquemment les troubles qui résultent des dérangemens de ce fluide. Aussi les voit-on contracter des névroses à l'occasion des causes qui produisent presque constamment des phlegmasies dans les autres organes, et l'on voit aussi leurs phlegmasies être toujours accompagnées de phénomènes nerveux plus ou moins marqués.

Parmi les névroses du système nerveux, les unes troublent principalement les mouvemens, telles sont les *crampes*, les *convulsions*, la *chorée* ou *danse de Saint-Guy*, le *tremblement mercuriel*, la *catalepsie*, *l'épilepsie* et le *tétanos*; d'autres semblent affecter davantage le sentiment, telles sont *l'hypercousie*, la *nyctalopie*, le *priapisme*, le *satyriasis*, *l'hystérie*, la *nymphomanie* et la *rage* ou *hydrophobie*, et plusieurs enfin consistent principalement dans les désordres, de l'intelligence, tels sont le *cauchemar*, le *somnambulisme*, le *delirium tremens* et la *folie*. Nous ne prétendons pas que cette distinction soit absolue, mais nous ne la croyons ni sans fondement ni inutile; ainsi pensent sans doute aussi les auteurs qui l'ont adoptée depuis que nous l'avons établie. Rien en effet de ce qui peut jeter quelque jour sur la nature des maladies que nous allons étudier dans ce chapitre ne doit être négligé, et, sous ce rapport, il ne saurait être sans utilité de faire remarquer que les trois grandes fonctions du système nerveux, mouvement, sentiment, et intelligence, peuvent être

troublées isolément. Les travaux de MM. Bell, Magendie, Rolando, Foville, etc., en assignant des organes particuliers à chacune de ces fonctions, n'ont-ils pas d'ailleurs rendu cette distinction indispensable ?

Toutes les maladies que nous réunissons ici sont-elles des névroses ? Quelque unes, telles que l'hydrophobie et le tétanos, n'appartiennent-elles pas aux inflammations ? Enfin, plusieurs, comme les crampes et les convulsions, sont-elles autre chose que des symptômes ? Dans l'état actuel de la science, il n'est peut-être pas encore possible de résoudre complètement ces questions. Nous nous bornerons, en étudiant chacune de ces maladies, à faire connaître les opinions principales qui règnent sur leur nature, et nos motifs pour adopter l'une plutôt que l'autre.

### *Névroses du mouvement.*

#### Des crampes.

On nomme ainsi toute contraction involontaire, presque toujours subite, passagère et très-douloureuse, d'un ou de plusieurs muscles; ceux du mollet en sont le siége le plus ordinaire. L'extension forcée et la fausse position des muscles, la compression, la piqûre ou la contusion d'un nerf, en sont les causes les plus fréquentes. On attribue généralement les crampes qui surviennent à la partie postérieure des cuisses et des jambes, chez les femmes qui sont dans les douleurs de l'enfantement, à la compression exercée sur les nerfs sacrés par la tête de l'enfant lorsqu'elle plonge dans le petit bassin : c'est probablement à une cause analogue que sont dues celles qu'elles éprouvent souvent pendant la grossesse. Mais les crampes du mollet, de la plante des pieds et des doigts, surtout les premières, surviennent souvent sans cause appréciable, pendant le sommeil ou dans le repos le plus parfait. Cela s'observe chez tous les individus, mais principalement chez ceux qui ont le système nerveux très-irritable, chez les hystériques, les hypocondriaques, et tous les individus qui se livrent à des excès vénériens ou à la masturbation. Aussitôt que l'on éprouve une crampe, il faut se hâter d'étendre ou de comprimer fortement le muscle convulsé, et si elle a lieu au mollet, appuyer avec force la jambe sur le sol, en l'étendant sur la cuisse, ou bien l'appuyer contre le lit. On débarrasse assez fréquemment les femmes enceintes des crampes des mollets qui les tourmentent pendant la nuit, et les privent souvent de sommeil, en leur faisant conserver au lit des jarretières un peu serrées. Dans le peuple, on veut que ces jarretières soient en peau d'anguille. Lorsque les crampes tiennent à l'irritabilité extrême du système nerveux des malades, il faut combattre cet état par les moyens que nous avons déjà indiqués. Enfin, quand elles accompagnent l'hystérie, l'hypocondrie, etc., elles n'exigent aucun moyen particulier, elles cèdent avec ces affections.

On pourrait regarder comme une crampe continue, cette contraction de l'un des muscles sterno cléido-mastoïdiens, qui survient presque toujours après une fausse position du cou pendant le sommeil, et que l'on nomme *torticoli*. Elle est en général peu douloureuse dans le repos, mais elle dure parfois plusieurs jours, et oblige à recourir à des frictions sèches ou huileuses et opiacées, aux bains de pieds sinapisés, au bain tiède, et à l'application de cataplasmes émolliens et narcotiques. Le froid l'aggrave, la chaleur la soulage.

#### Des convulsions.

On entend généralement par convulsions, toute secousse ou contraction violente, alternative et involontaire, d'un plus ou moins grande nombre de muscles soumis à l'empire de la volonté. Le nom de *spasme* s'applique plus particulièrement à la constriction morbide des plans musculaires de la vie végétative.

Les convulsions ne sont jamais qu'un symptôme: elles dépendent toujours de l'irritation d'une partie quelconque du système nerveux. Pour en énumérer les causes, il faudrait donc réunir toutes celles de l'irritation du cerveau, du cervelet, de la moelle épinière et des nerfs. C'est ce qu'ont fait tous les auteurs qui, méconnaissant la véritable nature des convulsions, ont érigé ce symptôme en maladie. Bien plus, comme les irritations cérébrales, cérébelleuses et rachidiennes, peuvent être sympathiques de la souffrance de tous les autres organes, et provoquer encore des convulsions, il en résulte que tout agent morbide a été rangé parmi les causes de ce désordre. Une telle confusion n'est plus permise aujourd'hui : les convulsions partielles sont le symptôme de l'inflammation des troncs nerveux; les convulsions de toute une partie, d'une des moitiés latérales ou des deux moitiés du corps, sont symptomatiques de l'irritation du cerveau, du cervelet ou de la moelle épinière; leurs causes éloignées sont par conséquent celles des irritations de ces diverses parties, et leurs causes prochaines ces irritations elles-mêmes. (Voyez *névralgie*, *Névrite*, *Cérébrite*, *Cérébellite*, *Myélite*, *Epilepsie*, *Tétanos*, etc.) Certaines convulsions épileptiformes qui surviennent aux enfans à l'époque de la dentition, et aux femmes, vers la fin de la grossesse, pendant ou après l'accouchement, ont reçu le nom d'éclampsie. Parmi les autres inflammations, celle de l'arachnoïde est une cause presque constante de convulsions, et celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale, la cause la plus fréquente après celle-ci. (Voyez *Arachnoïdite* et *Gastro-entérite*.) Enfin chez tous les enfans en bas âge, et principalement chez ceux qui sont prédisposés, c'est-à-dire ceux dont la tête est volumineuse, l'intelligence précoce, l'œil vif, la physionomie mobile, qui dorment peu, se réveillent tout à coup au milieu de la nuit, effrayés et poussant des cris; qui dans le jour tressaillent au moindre bruit, et dont les joues pâlissent et rougissent alternativement plusieurs fois en quelques heures; qui ont, en un mot, le cerveau très-irritable : chez de tels enfans, il suffit d'une indigestion, de la faim, de quelques vers dans les voies digestives, de matières fécales endurcies, d'une légère irritation gastro-intestinale, enfin, pour tourmenter sympathiquement le cerveau, et faire naître des convulsions. (Voyez *Gastro entérite*, *Vers intestinaux*.) En un mot, l'irritation di-

recte ou sympathique d'un point quelconque du système nerveux est toujours la cause des convulsions. En raison de la plus grande irritabilité de ce système, et de la vivacité des sympathies dans l'enfance, elles sont plus fréquentes à cette époque de la vie. Ces mêmes causes font que les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. Un état contraire de l'économie en met pour ainsi dire les vieillards à l'abri.

Les convulsions produites par le chatouillement, le rire, une impression morale subite, la soustraction rapide d'une certaine quantité de sang, dépendent évidemment aussi de l'irritabilité augmentée de l'encéphale. Dans le dernier cas, cette exaltation de l'irritabilité n'est, il est vrai, que relative : elle dépend, ainsi que nous l'avons déjà dit, de la prédominance qu'acquiert tout à coup le système nerveux, lorsque le système sanguin vient à cesser subitement de lui faire en quelque sorte équilibre.

S'il est incontestable que les convulsions ne sont qu'un symptôme, on ne peut en assigner ni la durée, ni la terminaison, ni le pronostic, d'une manière générale. Cependant, il faut observer que ce symptôme augmente toujours la gravité des irritations qu'il accompagne, que ces irritations sont presque toujours déjà très-graves par elles-mêmes, et que par conséquent elles sont nécessairement suivies d'une mort prompte ou d'un rétablissement rapide. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve pas de lésions propres aux convulsions, mais on rencontre les traces de l'irritation qui les avait provoquées. Dans la très-grande majorité des cas, ces traces existent dans l'arachnoïde, la membrane muqueuse des voies digestives, le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs.

Il n'y a pas non plus de traitement spécial des convulsions : c'est à leur cause qu'il faut toujours remonter, puisque, nous le répétons, elles ne sont qu'un symptôme. Combattre l'irritation du cerveau, de la moelle épinière ou du nerf qui les provoque, par les moyens que nous avons indiqués en traitant de ces irritations; détruire l'inflammation de l'arachnoïde, de la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou de tout autre organe dont elles dépendent, chasser le méconium, les vers, expulser les matières fécales endurcies, etc., par les médications que nous ferons connaître par la suite : telles sont donc les principales indications à remplir; tels sont les plus sûrs moyens de les faire cesser. Cependant, comme elles surviennent ordinairement chez les individus dont le système nerveux est trop irritable, et comme, en outre, l'irritation même sympathique et légère de ce système, qu'elles annoncent nécessairement, est toujours une complication fâcheuse, il est utile de seconder le traitement principal par les moyens propres à diminuer cette irritation; dans ce but, on peut donc employer les bains tièdes; les antispasmodiques, comme éther, eau de fleurs d'oranranger, succin, musc, etc.; la jusquiame, l'opium et tous les narcotiques, mais avec les plus grandes précautions et à très-petites doses, parce qu'ils augmentent la congestion cérébrale; l'oxide de zinc, l'ammoniaque liquide, l'acide hydrocyanique, etc. Ces derniers moyens suffisent, lorsque les convulsions reconnaissent pour cause une irritation directe de l'encéphale, et que cette irritation est peu intense. C'est dans ce cas aussi que l'on a recours avec avantage aux révulsions de la peau et de la membrane muqueuse gastro-intestinale. On vante beaucoup le calomélas (proto-chlorure de mercure) à ce dernier effet; nous l'avons employé avec succès.

### Du strabisme.

On appelle ainsi le défaut de parallélisme entre les deux axes visuels, défaut qui n'empêche pas le malade de diriger chaque œil isolément dans tous les sens, avec cette circonstance cependant que le mouvement est toujours un peu borné dans le sens qui est opposé au strabisme.

Contrairement à l'opinion de Buffon, qui pensait qu'il n'y avait jamais qu'un œil affecté de strabisme, les deux yeux peuvent être déviés en même temps de leur direction naturelle.

Dans le strabisme simple, l'œil dévié peut être dirigé en dedans, en dehors, en haut ou en bas. Dans le strabisme double, les deux yeux peuvent être divergens, convergens, tournés l'un en haut et l'autre en bas, tous deux en haut, etc.; variétés qui ont été désignées sous les noms de *strabismus divergens*, *convergens*, *horrendus*, *sursùm vergens*, etc.

Cette affection et ses diverses variétés sont des plus faciles à reconnaître : il faut cependant distinguer le strabisme d'une autre maladie que les oculistes ont appelée du nom d'*obliquité de l'œil* (*Luscitas*, *visus obliquus*); affection qui dépend ordinairement de la présence de quelque tumeur développée dans l'orbite, et qui offre ce caractère que le malade ne peut ramener aucunement l'œil à sa direction habituelle.

Le strabisme, qu'on dit endémique dans quelques contrées de l'Orient, est presque toujours dans nos climats une affection contractée à une époque très-rapprochée de la naissance. On l'attribue alors à diverses causes. Est-il convergent, on pense qu'il peut tenir à l'habitude que les personnes qui élèvent les enfans ont de leur tenir trop près des yeux les objets avec lesquels elles les amusent; est-il divergent, on croit qu'il peut tenir à ce que les enfans ont contracté l'habitude de regarder en même temps deux objets éloignés l'un de l'autre; on dit aussi que le strabisme supérieur peut tenir à ce que les enfans ont été tenus couchés de manière à ce qu'un objet qui les intéressait beaucoup se trouvait placé à la tête de leur lit; les strabismes latéral et inférieur ont aussi été attribués à ce qu'ils recevaient obliquement le jour d'une fenêtre, ou à ce que celle-ci correspondait au pied de leur couchette et attirait aussi leur attention, etc. Une cause plus évidente est celle qui consiste dans une inégalité quelconque de la faculté visuelle des deux yeux, que cette inégalité tienne à ce que ces deux organes sont de foyers différens, ou à ce que la sensibilité optique de l'un d'eux soit diminuée; dans ces deux cas, pour éviter la confusion qui résulterait de deux images différentes, le malade contracte peu à peu l'habitude de ne se servir que de l'œil le meilleur en dé-

tournant l'autre de l'axe des rayons visuels. Lorsque la myopie est portée à un très-haut degré, les malades ne se servent souvent encore que d'un œil, toujours le même, afin de pouvoir en tenir les objets plus rapprochés, et peu à peu l'autre, devenant en quelque sorte inutile et s'affaiblissant de plus en plus, finit par ne se plus diriger parallèlement à celui qui est le plus exercé. Quand une taie couvre la presque totalité de la pupille, de manière à ne permettre qu'aux rayons très-obliques de pénétrer par cette ouverture, le malade tourne la tête de côté pour les objets, ou il dévie fortement l'œil pour mettre la portion de la pupille qui est restée perméable en rapport aveo eux, et il contracte un strabisme. Enfin, dans quelques cas, cette affection dépend évidemment d'une excitation cérébrale : c'est ainsi qu'elle survient quelquefois aux individus qui se livrent avec excès aux plaisirs vénériens; on en a vu en être pris pendant le coït; d'autres fois elle se manifeste comme accident de l'épilepsie, de l'apoplexie, de la présence de vers dans le canal intestinal, de l'hydrocéphale, etc. Dans tous ces cas, le strabisme est sans aucun doute symptomatique d'une irritation directe ou indirecte du cerveau; n'en serait-il pas de même, au moins dans la plupart des cas, du strabisme des enfans en bas âge? nous sommes très-disposés à accueillir cette opinion. En effet, il arrive quelquefois que les enfans au berceau, ou même plus avancés en âge, sont pris de convulsions pendant leur sommeil; ils poussent des cris pendant quelques instans, puis se rendorment; ou bien ils semblent passer une nuit aussi calme que de coutume, mais à leur réveil, on les trouve avec un ou plusieurs membres comme tordus ou retractés, ou bien avec la bouche déviée, ou enfin affectés de strabisme plus ou moins prononcé. La torsion des membres, la déviation de la bouche, sont par tout le monde rapportées à leur véritable cause, les convulsions. Mais comme le strabisme est souvent graduel, on n'en soupçonne pas la cause alors même qu'il est subit. On l'attribue à l'une des causes qui ont été indiquées, tandis que, suivant nous, il pourrait être considéré comme le résultat persistant d'une irritation cérébrale légère, comme une convulsion partielle et permanente. Ce serait un phénomène entièrement analogue à cette déviation de la bouche, à cette torsion ou rétraction des membres, qui persistent après que leur cause a disparu. Ne voit-on pas d'ailleurs le strabisme survenir comme symptôme dans les inflammations du cerveau ou de ses enveloppes? N'est-il pas naturel de supposer que sa cause est de même nature dans les deux cas? Si l'on nous objecte que ce symptôme persiste dans une circonstance où nous le supposons produit par une irritation légère, tandis qu'il disparaît au contraire lorsqu'il dépend d'une inflammation intense, nous répondrons en faisant remarquer, qu'il en est de même de la déviation de la bouche et de la rétraction ou torsion des membres, dont on ne conteste pas l'indentité des causes dans tous les cas.

Quoi qu'il en soit, le strabisme est une affection peu grave. Il offre cela de particulier, que quand il est déterminé par le besoin qu'ont les malades de détourner de l'axe des rayons visuels un œil qui ne leur rapporte que des images confuses, il rend la vision plus nette; tandis que quand il est spasmodique, les yeux étant de force et de foyers égaux, il la trouble d'abord en faisant voir les objets doubles. Mais au bout de quelque temps, la diplopie disparaît. On a d'autant plus de raison d'espérer de guérir le strabisme qu'il est plus récent, et que la cause à laquelle il paraît devoir être rapporté est elle-même plus facile à détruire. Celui qui se manifeste à la suite d'excès vénériens guérit en général en cinq ou six semaines. Celui qui a commencé dans l'enfance est presque toujours incurable quand on a attendu jusqu'à l'âge adulte pour le combattre.

*Traitement.* Il est presque inutile de dire qu'il faut combattre par des moyens convenables les affections cérébrales d'où le strabisme paraît tirer son origine: quelques applications de sangsues et quelques vésicatoires volans font facilement disparaître celui qui est accidentel et survenu à la suite d'excès.

Il est probable que les moyens qui diminuent l'irritation de l'encéphale le feraient cesser, s'ils étaient employés aussitôt que l'on s'aperçoit qu'un enfant commence à en être affecté. Mais quand cette difformité est déjà un peu ancienne, l'irritation encéphalique n'existe plus, la contraction musculaire qui dévie l'œil est devenue en quelque sorte habituelle: c'est donc cette habitude qu'il faut détruire. A cet effet, on place au devant de l'œil louche ou des yeux louches, une calotte ou une espèce d'entonnoir de carton percé d'une petite ouverture, laquelle doit toujours être placée du côté opposé à celui vers lequel le globe de l'œil est entraîné par le muscle convulsé, dans le but de forcer le muscle antagoniste à un surcroît d'action qui puisse à la longue rétablir l'équilibre.

Mais, avant de mettre ce moyen en usage, il faut bien s'assurer que les deux yeux sont d'égal foyer; car il est évident qu'en redressant celui des deux qui est dévié, on retablirait la confusion de la vision qui a forcé le malade à la détourner de sa direction, et qu'il ne tarderait pas à l'en détourner de nouveau.

Si un examen comparatif de la force des deux yeux faisait reconnaître que cette force est inégale, il faudrait non plus chercher à rétablir l'équilibre entre les muscles de la partie, mais avant tout rendre à l'œil le plus faible une force visuelle égale à celle de l'œil sain. Pour cela, il faut se borner à couvrir celui-ci, afin de forcer le malade à se servir de l'autre, et à le fortifier par l'exercice. Ces essais doivent être d'abord peu prolongés, parce qu'ils déterminent de la douleur, du larmoiement et de la céphalalgie; mais si le traitement doit réussir, le malade ne tarde pas à s'apercevoir que la vision, d'abord confuse, devient de plus en plus nette; et les douleurs déterminées par l'exercice, de plus en plus faibles Alors celui-ci est prolongé chaque jour de plus en plus, et quand l'œil malade a repris une force égale à celui de l'œil sain, le parallélisme est rétabli.

Des convulsions des muscles de l'œil.

On observe assez fréquemment cette maladie qui

consiste dans un mouvement alternatif et très-rapide des globes oculaires, de droite à gauche et de gauche à droite, déterminé par les contractions successives et involontaires de leurs muscles adducteurs et abducteurs. Cette maladie est presque toujours congéniale : elle complique souvent la cataracte de naissance. M. Richerand (1) dit avoir remarqué qu'elle se lie à la faiblesse du nerf optique. La plupart des oculistes, qui nomment cette maladie *nystagmus bulbi*, la regardent comme incurable. Nous croyons cependant que ce n'est qu'une habitude vicieuse, dont on pourrait se débarrasser par une volonté ferme. Elle est peu grave, mais elle empêche de pouvoir regarder fixement les objets, et trouble la vision.

### Du tic.

On nomme ainsi un mouvement convulsif, irrégulier, et habituel, d'un ou de plusieurs muscles de la face : c'est plutôt une cause de difformité qu'une maladie. Nous n'y voyons encore qu'une habitude vicieuse que la volonté seule peut guérir.

### De la voix convulsive.

La voix convulsive consiste dans une difficulté de parler, suivie tout à coup d'une sorte d'explosion de sons articulés discordans, alternativement aigus et graves, à la production desquels la volonté n'a aucune part, et qu'elle ne peut pas empêcher. On ne connaît pas la cause de cette névrose, le traitement en est par conséquent fort incertain. Cependant, on l'a guérie par les vapeurs éthérées, le camphre, les anti-spasmodiques en général, les cataplasmes narcotiques, etc. Il est probable que les vésicatoires, les sétons ou les moxas, sur les parties latérales du larynx, parviendraient à la faire disparaître, si elle résistait aux moyens précédens.

### Du bégaiement.

Le bégaiement ou *psellisme* est toujours une maladie légère, mais il est souvent une infirmité des plus incommodes. Cette névrose de la parole consiste spécialement à prononcer avec difficulté, et à répéter par secousses convulsives, un plus ou moins grand nombre de fois, celles des lettres ou des syllabes dont l'articulation exige le plus d'effort et de précision de la part des organes de la voix et de la parole (2). On pense assez généralement aujourd'hui qu'il a sa source dans le cerveau, qu'il dépend même d'un certain degré d'irritabilité de cet organe ; mais la nature précise de sa cause n'est pas bien connue. On ne commence à le remarquer chez les enfans que vers l'âge de quatre à cinq ans ; il s'accroît jusqu'à la puberté, reste stationnaire pendant la jeunesse, diminue dans l'âge mûr, et disparaît plus ou moins complètement dans la vieillesse. Il est extrêmement rare chez les femmes. La timidité, la contrainte, l'augmentent ; la confiance, l'assurance, le diminuent. Dans une conversation animée et qui l'intéresse vivement, le bègue cesse quelquefois de l'être pendant quelques instans ; il en est de même dans la colère, dans l'action de chanter ou de déclamer. M. le professeur Désormeaux a connu un homme de lettres qui était devenu bègue par imitation. Le bégaiement n'est pas toujours continu, il se suspend chez quelques individus pendant des jours et même pendant des mois entiers. Les changemens de température paraissent exercer parfois une influence marquée sur ce phénomène, et tel individu bégaye moins quand le temps est sec ou chaud, tel autre dans les circonstances contraires. Il existe plusieurs degrés de cette infirmité, depuis une légère difficulté de prononciation, jusqu'à un embarras tel que le malade peut à peine parler.

On parvient souvent à vaincre et à faire disparaître le bégaiement, avec de l'étude, une grande persévérance et une forte volonté. Déclamer, parler et lire à haute voix, chanter, insister surtout sur les syllabes les plus difficiles à prononcer, sont les meilleurs moyens d'y remédier. L'adulte qui a fermement conçu le projet de se guérir en vient fréquemment à bout. M. Itard a guéri deux enfans, en les faisant confier à des gouvernantes étrangères, et les forçant ainsi à faire un nouvel apprentissage de la parole. Le même médecin a guéri deux autres enfans, à l'aide d'un petit instrument en forme de fourche, en platine ou en or, qu'il faisait placer sous la langue : cet instrument gêne, il est vrai, l'articulation des sons dans les premiers temps de son usage, mais il s'oppose immédiatement à ce qu'ils soient bégayés.

Ce dernier moyen offre la plus grande analogie dans sa manière d'agir avec la méthode curative imaginée par madame Leigh, américaine, méthode importée en France et perfectionnée par M. Malbouche. Cette méthode consiste à faire exercer le bègue *à articuler les sons le plus nettement possible en détachant le moins possible la langue du palais*. Pour qu'elle ait toute son efficacité, le bègue doit cesser toute occupation, s'imposer le silence le plus absolu hors le temps de ses exercices, commencer par prononcer syllabe à syllabe, puis lire, mais lentement, en ne s'attachant d'abord aucunement au sens de ce qu'il lit, mais exclusivement à conserver la position de la langue pendant qu'il articule ; on lui permet ensuite de s'occuper du sens de ce qu'il lit, tout en ne perdant pas de vue les mouvemens qu'il fait exécuter aux organes de la parole et à la langue en particulier ; enfin, on lui conseille de s'exercer seul à faire un récit un peu long, puis pour dernière épreuve, il prend part à la conversation, lentement d'abord et graduellement en se rapprochant des habitudes de la conversation ordinaire. Cette méthode réussit à ce qu'il paraît presque constamment chez les hommes doués d'une volonté forte, capables d'une attention soutenue, et qui possèdent la confiance et la persévérance nécessaires pour se soumettre à toutes les conditions qu'elle exige. Nous renvoyons pour de plus grands détails

(1) *Nosographie et Thérapeutique chirurgicale*, tom. III, p. 207, 5e édition.

(2) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, en 15 vol. tom. IV, article *Bégaiement*, par M. Magendie.

à l'intéressant article de M. Magendie que nous avons déjà cité.

### Du hoquet.

Il est difficile de définir le hoquet : c'est une inspiration convulsive, accompagnée d'un bruit particulier, se reproduisant plusieurs fois par minute, et qui paraît dépendre d'une contraction convulsive du diaphragme. Rarement c'est un état morbide ; il est très-fréquent chez les enfans ; on le voit se manifester à tous les âges, après l'ingestion trop rapide d'une certaine quantité d'alimens et surtout après un repas sans boire. Il est très-commun chez les ivrognes lorsque leur estomac est gorgé de vin ; on l'a vu survenir quelquefois à la suite des affections morales vives.

Le hoquet existe souvent comme symptôme d'une autre maladie. Ainsi, il accompagne quelquefois les affections cérébrales, et souvent les hernies étranglées, la pleurite sus-diaphragmatique, la péritonite sous-diaphragmatique, et la gastrite occupant le cardia ou s'étendant jusqu'à lui, ainsi que nous avons eu plus d'une fois l'occasion de nous en convaincre. Ce symptôme est toujours très-fatigant pour les malades ; il persiste quelquefois après la maladie qui l'avait provoquée.

Dans ce dernier cas, et dans quelques circonstances où le hoquet est primitif et indépendant de tout autre état morbide, il devient parfois assez grave et opiniâtre pour constituer une véritable maladie. Les personnes très-nerveuses en sont quelquefois atteintes, soit à l'occasion d'une forte impression morale, soit par imitation, ainsi que Sauvages en rapporte un exemple.

On guérit en général le hoquet par des moyens simples. Il suffit souvent de suspendre aussi long-temps que possible la respiration, ou de boire lentement et sans inspirer une certaine quantité d'un liquide quelconque, d'ingérer une glace ou un peu de vinaigre pur, de porter fortement son attention sur quelque chose, de provoquer l'éternuement, pour le faire disparaître. Une frayeur, un mouvement de colère, le dissipent aussi très-rapidement. Mais dans quelques cas ces moyens sont insuffisans, et l'on est forcé d'avoir recours aux bains, aux antispasmodiques, aux opiacés, aux vomitifs, et au quinquina quand l'affection est périodique ; dans quelques cas même, il a fallu appliquer des ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires, et même un bouton de feu au dessous de l'appendice xyphoïde. Parmi les boissons qu'il convient d'administrer, la limonade sulfurique paraît être la plus efficace.

Il est presque superflu d'ajouter que le hoquet symptomatique ne réclame aucun traitement ; il cède en général à celui que l'on dirige contre la maladie principale.

### De la chorée.

On nomme *chorée, danse de Saint-Guy*, etc., une névrose dont la nature est inconnue, et dont les symptômes consistent en des mouvemens continuels, désordonnés, involontaires, d'une partie ou de la totalité des muscles soumis à l'empire de la volonté. Quand ces mouvemens sont généraux, le malade fait de continuelles grimaces ; il gesticule sans cesse d'une manière bizarre ; son corps et ses jambes sont agités de secousses non interrompues, et livrés à des contorsions singulières ; quelquefois ils sont bornés à un seul côté du corps, et même à la face, à un bras, ou à une jambe. On sent avec la main la contraction des muscles, et on peut l'empêcher par une compression modérée (1). Les malades prononcent difficilement et souvent en bégayant ; ils éprouvent quelquefois des engourdissemens, picotemens, ou fourmillemens dans les muscles affectés, très-souvent une légère diminution des facultés intellectuelles, des maux de tête, des étourdissemens, de l'agitation, de l'insomnie, etc.

Les individus qui sont affectés de cette maladie sont en général grêles, maigres, pâles, capricieux, irascibles ; quelques uns sont épileptiques, ou parmi les femmes, hystériques. On l'observe le plus communément chez les enfans, plus chez les filles que chez les garçons ; les adultes en sont rarement atteints ; on dit que les vieillards ne la présentent jamais. Son invasion est subite ou précédée par quelques uns des phénomènes cérébraux indiqués ci-dessus ; sa marche est continue, rémittente ou régulièrement intermittente ; les exacerbations sont déterminées ou les accès reproduits par toute excitation cérébrale un peu forte, comme la colère, la frayeur, ou par le café, les liqueurs spiritueuses. Cette névrose dure depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années ; elle guérit souvent spontanément à l'époque de la puberté ; rarement elle a des suites funestes ; quelquefois cependant l'épilepsie, l'hystérie, ou l'aliénation mentale lui succèdent. MM. Serres et Lisfranc pensent que son point de départ est dans les tubercules quadrijumeaux, et qu'elle dépend même de l'inflammation de ces parties.

Il serait superflu d'énumérer les causes de la chorée ; ce sont toutes celles qui peuvent augmenter l'excitation cérébrale, celles en un mot de toutes les irritations du cerveau. Quant au traitement de cette maladie, il se compose des évacuations sanguines générales et locales, des bains froids ou tièdes, des bains de surprise, des affusions froides, des antispasmodiques, des narcotiques, des anthelmintiques lorsqu'elle est produite par des vers intestinaux, et des sels de quinquina lorsqu'elle est intermittente. Les bains froids ou plutôt l'immersion rapide du corps à diverses reprises dans l'eau froide, et les affusions froides, sont surtout les meilleurs moyens de remédier à cette maladie ; M. Dupuytren doit de nombreuses guérisons à leur emploi, secondé ou non par l'administration de la valériane. On rapporte qu'en Allemagne, les personnes qui en étaient affectées allaient danser nuit et jour à la chapelle de Saint-Guy pour se guérir. Ne serait-il pas possible que, soumettre ainsi les mouvemens au rhythme et à la cadence pendant plusieurs jours, fût un des meilleurs moyens de les faire rentrer sous l'empire de

(1) Georget, *Dictionnaire de Médecine*, en 21 volumes, tom. V, art. *Chorée*.

la volonté? Ce qui se passe d'analogue dans le bégaiement tend à le faire croire.

Du tremblement mercuriel.

Il existe une névrose qui a quelqu'analogie avec celle que nous venons de décrire, c'est le *tremblement mercuriel.* Tous les ouvriers qui emploient le mercure, tels que les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les fabricans de thermomètres, finissent par en être affectés; les malades soumis à un traitement mercuriel prolongé peuvent aussi en être atteints; ce fait avancé par Sauvages et par M. Mérat (1), contesté par plusieurs médecins et entr'autres par Cullerier oncle, a été mis récemment hors de doute par M. A. Colson (2).

Tous les muscles du corps, ceux du tronc comme ceux des membres, peuvent présenter le tremblement mercuriel, cependant il est plus ordinaire de le voir borné aux seuls muscles des membres; les symptômes en sont faciles à constater. Ils consistent tantôt dans un simple tremblotement des muscles qui s'oppose à la sûreté des mouvemens, et tantôt dans de véritables contractions involontaires qui font exécuter des mouvemens irréguliers. Ces symptômes sont ordinairement continus, et ils s'accroissent sous l'influence des affections morales et des excitans gastriques. On les voit fréquemment précédés par des crampes et des douleurs vives par tout le corps qui s'exaspèrent pendant la nuit. La salivation mercurielle les accompagne quelquefois chez les individus qui ont contracté la maladie sous l'influence d'un traitement antisyphilitique; chez les femmes, il y a ordinairement suspension du flux menstruel.

Cette maladie ne peut pas être considérée comme grave, car quand elle est récente, il suffit en général de soustraire les malades à l'influence du mercure pour la faire cesser. Plus rebelle lorsqu'elle dure déjà depuis un certain temps, elle cède cependant encore à l'emploi des bains de baignoire et surtout à celui des bains de vapeur, des boissons sudorifiques, et des légers purgatifs si l'état des voies digestives le permet. Enfin, lorsqu'elle est très-ancienne, il faut joindre à ces moyens l'usage des antispasmodiques, tels que le musc, le castoréum, l'éther, l'opium, etc. Dans tous les cas, on doit faire concourir le régime à la guérison, ce régime doit être sévère et consister principalement dans la diète lactée.

De la catalepsie.

La nature de cette maladie est aussi obscure que celle de la chorée. On a quelques raisons de croire que c'est une irritation cérébrale; mais on ignore d'où dépend le caractère particulier qu'elle imprime à ses symptômes. Il en est de même, au reste, de la plupart des névroses du système nerveux. Celle-ci est intermittente irrégulière, et ses attaques consistent dans une suspension le plus souvent complète de l'entendement et du mouvement volontaire, avec raideur générale ou partielle du système musculaire, les membres conservant souvent la position qu'ils avaient au commencement de l'attaque, ou celle qu'on leur donne pendant son cours. (Georget) (1).

*Causes.* Une grande irritabilité du système nerveux, un caractère mélancolique, l'enfance et le sexe féminin, prédisposent à la catalepsie. Elle est ordinairement produite par la frayeur, la colère, le chagrin, les méditations profondes, les études forcées, la contemplation, la mysticité. On croit que la présence des vers dans les voies digestives peut la produire.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'invasion des attaques est ordinairement précédée par des maux de tête, du trouble ou de l'exaltation dans les idées, des douleurs dans les membres, des palpitations, des bâillemens; parfois de légères secousses convulsives, des crampes, la rougeur ou la pâleur du visage, et un sentiment de froid ou de chaleur dans diverses parties. (Georget.) Quelquefois l'attaque est subite. Dans tous les cas, la perte de connaissance est plus ou moins complète, le cou et les membres se raidissent, les yeux sont ouverts, fixes, immobiles, et dirigés en haut ou en avant. La respiration et les mouvemens du cœur s'exercent librement chez quelques malades; ils sont presque complètement suspendus chez d'autres, et le malade paraît mort: enfin quelquefois le pouls est fort et fréquent, et les artères temporales battent avec force. Les membres sont raides ou flexibles, la température du corps varie souvent en même temps dans diverses parties; la face est ordinairement animée, et quelquefois pâle. L'attaque dure depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs jours, et lorsqu'elle est dissipée, il reste ordinairement de la céphalalgie, une exaltation de l'esprit et des sens, et un sentiment de fatigue et de brisement dans les membres. M. Sarlandière a vu la catalepsie se prolonger sans interruption pendant six mois.

Le retour des attaques est plus ou moins fréquent; elles se manifestent plusieurs fois par jour, ou une seule fois tous les jours, ou tous les deux, trois, six ou huit jours, et sont déterminées par les plus légères excitations cérébrales. Dans leur intervalle, le malade se porte quelquefois très-bien; d'autres fois il éprouve quelques uns des phénomènes cérébraux précédemment exposés, et de plus la privation du sommeil, des pleurs ou des ris sans motifs, de la surdité, de l'aphonie, etc. L'attaque peut être immédiatement suivie de la mort ou d'une apoplexie qui entraîne cette terminaison funeste plus ou moins promptement; il peut n'y avoir qu'une seule attaque suivie du retour à la santé parfaite; enfin, l'hystérie, la mélancolie, l'hypocondrie ou le marasme, en sont quelquefois les suites.

*Traitement.* M. Georget pense qu'il existe peu de différence entre la catalepsie et l'hystérie, il fait remarquer d'ailleurs que ces affections exis-

(1) *Dictionnaires des sciences médicales*, tome IV.

(2) *Coup-d'œil sur les maladies produites par le mercure*, Journal hebdomadaire de médecine, 1830, t. VIII, page 497.

(1) *Dictionnaire cité*, article CATALEPSIE.

tent presque toujours ensemble. Nous n'avons vu qu'une seule cataleptique, et elle était en même temps hystérique. Le traitement de ces affections doit donc peu différer; il est le même, au reste, que dans la plupart des irritations cérébrales. Les saignées tiennent le premier rang; mais on a remarqué que les malades s'effraient presque toujours de la saignée générale, et l'on a recours de préférence aux applications de sangsues, faites tous les cinq à six jours aux pieds, aux cuisses, au cou, aux tempes, etc. L'usage des bains froids et l'application de la glace sur la tête, doivent être employés avec ce premier moyen : on obtient en général d'excellens effets de leur réunion. On a employé avec succès l'électricité pendant et hors les attaques. Petetin et Sauvages proscrivent les bains tièdes, les pédiluves et les purgatifs, qu'ils ont toujours vus nuisibles dans cette maladie. M. Georget regarde les antispasmodiques comme peu utiles et souvent nuisibles : il pense aussi que l'on devrait avoir recours plus fréquemment à l'insufflation pulmonaire, dans les cas de ralentissement considérable ou de suspension complète de la respiration. En effet, la lésion du cerveau ou de la moelle peut être très-légère, et cependant la mort arrive par le défaut de contact du sang avec l'air, d'où résulte la conversion en sang noir et son action stupéfiante sur le cerveau, ce qui n'aurait pas lieu si l'on pratiquait dans ces cas l'insufflation pulmonaire.

### De l'épilepsie.

L'épilepsie est une névrose chronique et intermittente du cerveau, principalement caractérisée par des attaques convulsives, en général de courte durée, avec perte subite et complète de connaissance, insensibilité, turgescence rouge ou violacée de la face, distorsion de la bouche, immobilité des pupilles, écume à la bouche (Georget, Dictionnaire cité, article *Epilepsie.*) On l'a nommée *mal sacré*, *caduc*, *de Saint-Jean*, *haut-mal*, etc. Quelques auteurs ont donné le nom d'*éclampsie* à l'épilepsie qui se guérit spontanément à l'époque de la puberté.

*Causes.* Les enfans et les femmes en sont plus fréquemment affectés que les adultes, les hommes, et surtout les vieillards. Elle se manifeste quelquefois dès les premiers jours de la naissance; elle est héréditaire. Il paraît qu'elle est plus fréquente dans les pays froids que dans les autres contrées. Quelques animaux, tels que le cheval, le bœuf, le chien, le cochon en offrent des exemples. La frayeur en est la cause la plus fréquente : il est remarquable que la plupart des épilepsies de naissance coïncident avec un mouvement de terreur éprouvé par la mère pendant la grossesse (Georget); il ne l'est pas moins que beaucoup de femmes étaient dans la période menstruelle lorsqu'elles ont éprouvé la frayeur qui les a rendues épileptiques (Georget). Après la frayeur, ce sont la colère, le chagrin, la masturbation et les excès vénériens qui produisent le plus souvent cette névrose. Elle accompagne assez souvent l'idiotisme. Enfin, dans quelques cas, l'irritation cérébrale qui produit l'épilepsie a paru être sympathique d'une irritation éloignée de la peau, de l'estomac, de l'utérus, des reins, et surtout de l'irritation intestinale excitée par la présence des vers. On l'a vu aussi dépendre de la présence de tumeurs sur le trajet d'un nerf. Il est probable que ces tumeurs ne sont autre chose que les petits tubercules douloureux dont il sera question à l'occasion des névralgies anormales

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Les attaques d'épilepsie sont rarement annoncées par des symptômes précurseurs; cela arrive cependant quatre à cinq fois sur cent, suivant le docteur Georget. Ces phénomènes avant-coureurs sont presque toujours cérébraux, comme tristesse, mauvaise humeur, douleur de tête, crampes, audition de bruits extraordinaires, vue d'objets lumineux, etc. Mais dans quelques cas, fort rares à ce qu'il paraît, l'épileptique éprouve dans une partie quelconque du corps, toujours la même pour chaque attaque, une sensation de froid, de chaud, de frisson, de chatouillement, d'engourdissement ou de douleur, et de ce point s'élève une vapeur (*aura epileptica*) qui se dirige vers le cerveau, en passant par l'estomac ou par le cœur. Dans tous les cas, précédée ou non de ces phénomènes, l'attaque est toujours subite. Le malade pousse un cri et tombe comme frappé de la foudre; sa figure s'injecte, se tuméfie et devient rouge, violette, et même noirâtre; sa bouche se couvre d'écume, tout son corps est convulsé, d'une raideur presque tétanique; les membres sont quelquefois contournés et comme tordus; enfin, il est d'une insensibilité complète aux épreuves les plus douloureuses. Outre ces symptômes caractéristiques, on remarque, en examinant de plus près les malades, que les veines du cou sont gonflées, la tête inclinée sur un côté, en arrière ou sur la poitrine, les paupières fermées ou entr'ouvertes, ou largement écartées; le globe de l'œil fixe ou roulant dans l'orbite; les pupilles dilatées ou contractées, mais toujours immobiles; la bouche distordue; les mâchoires serrées, le thorax fixe et presque immobile, les inspirations courtes et difficiles, les battemens du cœur forts, accélérés, quelquefois irréguliers; l'état convulsif plus prononcé d'un côté du corps que de l'autre (Georget), et les pouces fortement fléchis dans la paume de la main. Chez la plupart des malades, les mâchoires sont fortement frottées l'une contre l'autre, la langue est presque toujours un peu entamée par les dents, et alors l'écume de la bouche est sanguinolente; quelquefois elle est profondément coupée; dans quelques cas, les dents sont brisées par la violence des frottemens; souvent il y a sortie involontaire des matières fécales et des urines, et quelquefois du sperme.

Il est rare que l'attaque dure plus de cinq à six minutes; on l'a vue cependant se prolonger pendant une demi-heure, une heure, un jour et plus; mais alors il y a des instans de relâche, et l'attaque entière se compose d'une série de petites attaques successives, quelquefois jusqu'au nombre de plus de soixante. Aussitôt qu'elle cesse, les membres reprennent leur souplesse et leur direction naturelles, le visage pâlit, les malades tombent ordinairement dans un assoupissement profond, qu'accompagne un fort ronflement. Quelquefois

ils sont pris d'un tremblement général; d'autres fois la peau se couvre d'une sueur abondante; quelques uns éprouvent des nausées et des vomissemens; enfin tous recouvrent peu à peu l'usage de leurs sens, mais ils ne se rappellent rien de ce qui s'est passé, et leur figure exprime la honte et l'étonnement. La mort subite peut avoir lieu dans les longues attaques de plusieurs heures. Le retour des attaques est plus ou moins éloigné. Quelques épileptiques en ont plusieurs par jour, d'autres ne les éprouvent qu'une fois tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, ou même toutes les années seulement. Il existe presque toujours dans l'intervalle quelques désordres cérébraux plus ou moins marqués.

Toutes les attaques n'ont pas la violence de celle que nous venons de décrire; elles sont même quelquefois si légères qu'on les désigne sous le nom de *vertige épileptique*. Nous empruntons textuellement à Georget la description de cet état (1). Le malade perd subitement connaissance, quelquefois en jetant un léger cri; il peut ne pas changer de position s'il est assis, et cependant il tombe à terre s'il est debout, à moins qu'il n'ait le temps de s'appuyer sur quelque chose; les yeux sont fixes, et on pourrait croire que le malade dirige son attention sur un objet; dans quelques cas il se manifeste des convulsions légères et partielles dans les muscles des yeux, des lèvres, d'un doigt, d'un membre, d'un côté du cou ou de la bouche; cette dernière est garnie, chez plusieurs malades, d'une bave écumeuse. Après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, cet état cesse. « Tantôt le malade recouvre alors immédiatement le plein exercice de ses facultés cérébrales, et continue, sans s'imaginer l'avoir interrompue, une conversation, une occupation quelconque; tantôt il conserve pendant quelques minutes, un état d'hébétude, de demi-connaissance, et fait quelques actes déraisonnables; il se plaint ensuite de souffrir de la tête. Souvent le vertige ne consiste que dans une semi-perte de la connaissance. »

L'épilepsie est toujours une maladie grave; on n'en obtient que rarement et difficilement la guérison; elle peut donner la mort dans une forte attaque: elle finit presque toujours par dégrader et anéantir l'intelligence et les mouvemens volontaires; elle abrège la vie, la rend à charge, et repousse de la société le malheureux qui en est atteint. M. le professeur Esquirol a remarqué que la démence était plus fréquemment la suite du vertige épileptique que de l'épilepsie proprement dite.

*Caractères anatomiques*. On ignore encore la nature de cette maladie. A l'ouverture des cadavres, on a trouvé des traces de congestion ou d'inflammation cérébrale, des inflammations chroniques de l'arachnoïde cérébrale ou rachidienne. M. Esquirol a rencontré plusieurs fois une grande quantité de petites plaques lenticulaires cartilagineuses ou osseuses, adhérentes à l'arachnoïde rachidienne. On a observé des tubercules, des cancers du cerveau, des fongus de la dure-mère, des exostoses, etc.; mais aucune de ces lésions n'est constante: on ne les voit même jamais dans les cadavres des épileptiques qui n'ont pas présenté de symptômes d'inflammation (Georget); enfin elles existent souvent sans l'épilepsie: on ne peut donc en tirer aucune conséquence touchant la nature de cette maladie. Toutefois, les recherches plus récentes de MM. Cazauvielh et Bouchet tendraient à faire croire que les traces de phlegmasie chronique de la *substance blanche* du cerveau sont constantes après l'épilepsie, ce qui justifie pleinement la place que nous avons assignée à cette névrose parmi celles du mouvement. Mais malgré les faits nombreux contenus dans le mémoire plein d'intérêt de ces deux médecins (1), et la discussion remplie de talent par laquelle ils cherchent à les éclairer, il reste toujours un doute: c'est de savoir si la phlegmasie chronique du cerveau n'est pas plutôt l'effet des congestions produites par les accès de l'épilepsie qu'elle n'en est la cause. Nous croyons que l'inflammation n'est que secondaire.

*Traitement*. Il y a peu de chose à faire pendant les attaques; tous les soins se bornent en général à contenir le malade pour empêcher qu'il ne se heurte et se blesse. Cependant, lorsque la congestion cérébrale est très-violente, et menace de devenir funeste, il faut se hâter de pratiquer une saignée générale: ce moyen a diminué, dans plusieurs cas, la longueur des attaques, et retardé le retour des suivantes; mais il est quelquefois resté sans aucun effet. L'efficacité de cette évacuation sanguine est surtout marquée dans les épilepsies précédées de prodromes, lorsqu'on peut la pratiquer avant l'attaque. Nous avons débarrassé un ancien militaire d'une épilepsie de ce genre, en le saignant avant l'invasion des attaques, qui ne se répétaient que tous les mois, et dont il était averti douze, quinze et même vingt-quatre heures à l'avance, par des maux de tête, une agitation extrême et des impatiences. Parmi les médicamens que l'on peut employer dans l'intervalle des attaques, pour en prévenir le retour, tous les auteurs vantent la valériane: elle paraît surtout être plus efficace lorsqu'on l'associe à l'oxide de zinc. Le musc, le camphre, la feuille d'oranger, l'opium, l'huile animale de Dippel, l'huile essentielle de térébenthine, l'extrait de narcisse des prés, le quinquina, les cautères, le moxa, comptent tous des guérisons; mais on ignore les circonstances qui rendent tel de ces moyens plus efficace dans un cas que tel autre. Le quinquina seulement paraît indiqué lorsque les attaques sont régulièrement intermittentes. On a appliqué avec succès les moxas sur le point de départ de l'*aura*. Les auteurs citent des exemples de guérisons obtenues par l'expulsion des vers intestinaux, par les frictions mercurielles, la liqueur de Van-Swieten (Cullerier); par l'amputation du gros orteil, d'où partait l'*aura* (Tissot); par l'extraction d'un durillon situé dans le mollet (Tissot); par la cautérisation du nerf saphène à chaque jambe; par l'extirpation des testicules chez un jeune homme devenu épileptique à la suite d'un coup sur ces organes (J. Franck), et enfin par le nitrate d'argent.

(1) *Dictionnaire* et *article cités*.

(1) *Archives générales de médecine*.

M. Esquirol a signalé les dangereux effets de ce dernier médicament sur la membrane muqueuse gastrique: il est aujourd'hui presque généralement abandonné.

Malgré les nombreuses difficultés que présente la guérison de l'épilepsie, nous croyons que, trop prévenus de l'idée de sa presque incurabilité, les médecins de nos jours ne s'occupent pas assez des malheureux qui en sont atteints. Si, dans l'intervalle des attaques, on employait avec persévérance tous les moyens connus de diminuer l'irritabilité du système nerveux, tels que bains froids, compresses humides et froides sur la tête, révulsifs non douloureux, exercice fatigant, régime asthénique, et au besoin les saignées générales et locales; si l'on écartait avec soin tout ce qui peut au contraire l'exalter, comme les émotions fortes, les veilles, en un mot les causes que nous avons dit pouvoir produire la maladie; si, en même temps, les voies digestives étant exemptes d'irritation, on administrait à hautes doses quelques uns des anti-spasmodiques connus et en particulier la valériane; si, lorsque les attaques sont annoncées par quelques symptômes précurseurs, on essayait de les faire en quelque sorte avorter par l'emploi d'un perturbateur quelconque, mais rationnel, enfin si, pendant leur durée, et lorsqu'elles se prolongent assez pour qu'on ait le temps d'agir, on avait recours aux saignées locales ou générales et aux révulsifs, il est probable que les guérisons seraient plus nombreuses. Mais, pour que ces moyens fussent suivis de succès, il faudrait les employer dès le premier mois, ou tout au plus les premières années de la maladie; car lorsqu'elle est ancienne, invétérée, comme chez ces malheureux qui vont chercher un dernier refuge dans les hospices, toutes les ressources de l'art sont ordinairement impuissantes, et pourtant il faudrait encore tenter la guérison.

### Du tétanos.

Le siége de l'irritation qui donne lieu aux symptômes du tétanos paraît être dans le cordon rachidien, et la nature de cette irritation est regardée par quelques auteurs comme inflammatoire. La première opinion, celle qui a rapport au siége, nous paraît presque incontestablement établie par la nature des symptômes et par les expériences de M. Magendie sur les effets de la strychnine. Ces faits démontrent également que la nature de la maladie consiste bien dans une irritation, mais rien ne nous apprend si cette irritation est inflammatoire. On a bien trouvé, il est vrai, des traces d'inflammation sur l'arachnoïde rachidienne ou dans la substance même de la moelle, mais ces lésions sont loin d'être constantes, et de plus elles ont été fréquemment observées sans que des symptômes tétaniques aient existé pendant la vie: on ne peut donc en tirer aucune conséquence sur la nature de l'affection qui nous occupe. Nous la considérons donc, en attendant que de nouvelles recherches viennent dissiper toute obscurité, comme une irritation nerveuse de la substance médullaire du cordon rachidien, accompagnant tantôt l'inflammation de cette partie, et souvent existant sans elle. Cette affection est toujours aiguë et très-rarement intermittente.

*Causes.* Le tétanos attaque quelquefois les enfans nouveau-nés, surtout les jeunes négrillons dans les climats très-chauds: l'action du froid humide, alternant avec la chaleur brûlante, paraît en être la cause la plus fréquente dans ces cas. On croit que la rétention du méconium, un mauvais lait, des bouillies indigestes, peuvent, en irritant les voies digestives, déterminer sympathiquement l'irritation de la moelle et donner lieu au tétanos. Les douleurs d'une dentition difficile l'ont aussi produit quelquefois de la même manière. Chez les adultes, le froid humide est encore une des causes les plus puissantes de cette affection; cela arrive surtout lorsque son impression est brusque et que le corps est en sueur, et principalement encore aux époques des plus grandes chaleurs ou dans les climats brûlans: à tous les âges, on l'a vue survenir à l'occasion de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et même de la simple irritation produite par la présence des vers ou de corps étrangers. Les femmes, pendant un travail difficile pour accoucher, sont quelquefois prises de tétanos: il se peut, au reste, que l'on ait pris pour cette affection les convulsions dont elles sont fréquemment atteintes dans cette circonstance (*éclampsie*). Cependant M. le docteur Fournier-Pescay, que l'on ne peut pas supposer s'être mépris, dit avoir observé un exemple de tétanos produit par cette cause, et qui cessa par l'accouchement (1).

Mais c'est dans le cas de blessure que cette névrose a été le plus observée (*tétanos traumatique* des auteurs). Les plaies d'armes à feu surtout en offrent d'assez fréquens exemples, lorsque les parties molles sont écrasées et comme réduites en bouillie; lorsqu'un membre a été emporté par le projectile; lorsque des tendons, des aponévroses, et surtout des nerfs, ont été contus, dilacérés, incomplètement coupés; lorsque des esquilles aiguës ou tout autre corps étranger garni d'aspérités, piquent des filets nerveux ou même les parties musculaires, aponévrotiques; lorsqu'il existe un étranglement considérable et que l'on n'a pas débridé les plaies; enfin dans le cas de fractures comminutives avec dilacération des parties molles, et surtout intéressant les grandes articulations. Le tétanos peut survenir également à l'occasion de toutes les blessures non produites par des armes à feu, qui s'accompagnent des circonstances précédentes, et à la suite des grandes opérations. En Afrique, aux Antilles, il suffit souvent, pour le produire, d'une simple piqûre faite au pied d'un nègre, par une épine, un morceau de verre, un clou, etc. Toutes les blessures dont nous venons de parler font naître d'autant plus promptement le tétanos, que le malade est soumis aux influences atmosphériques précédemment indiquées. Ainsi, les blessés qui sont exposés à la pluie, ou qui couchent sur la terre humide, le contractent promptement. Pendant les deux années que l'un de nous a passées dans Barcelone, il a vu le tétanos sévir cons-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. IV, article TÉTANOS.

tamment sur les blessés d'une petite salle de l'hôpital des *Atérazanas*, exposée du côté de la mer, et se montrer à peine dans les autres salles beaucoup plus vastes. La tristesse, les excès de coït et des liqueurs alcooliques, contribuent aussi à le faire naître. Il en est de même des pansemens faits avec des substances irritantes. M. le docteur Treille a vu en Espagne cette maladie cesser de faire des ravages parmi les blessés confiés à ses soins, dès l'instant qu'il eut remplacé les pansemens à l'eau-de-vie camphrée, et autres excitans, par des pansemens à l'eau simple.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Il n'existe pas de symptômes que l'on puisse regarder comme précurseurs du tétanos; tous ceux que l'on a voulu donner comme tels sont sans aucune valeur, puisqu'ils se présentent au début de beaucoup d'autres affections; seulement on peut craindre cette terrible affection chez un blessé, lorsque sa blessure devient très-douloureuse, et quand surtout on le voit agité de quelques mouvemens nerveux, et frappé de terreur soudaine sur sa position. Ordinairement la contraction douloureuse et permanente des muscles qui constitue le tétanos, débute par les masséters et les temporaux, lesquels se gonflent, durcissent, et tiennent fortement rapprochées les mâchoires l'une contre l'autre. D'abord ce n'est souvent qu'une légère constriction, une simple difficulté d'ouvrir la bouche; mais ce resserrement augmente plus ou moins rapidement, et bientôt les plus violens efforts seraient impuissans pour écarter les mâchoires. Le contact n'est cependant pas toujours immédiat entre ces parties; un léger intervalle, à travers lequel s'écoule une salive gluante, subsiste quelquefois. C'est toujours très-rapidement que la constriction arrive à son plus haut degré. Très-rapidement aussi la rigidité se communique aux autres muscles de la face, à ceux du cou, qui renversent la tête en arrière, en avant ou sur les côtés: elle gagne les muscles du dos, de l'abdomen; bientôt elle s'étend à ceux des membres, et le corps entier est dans un tel état de raideur qu'il semble que toutes les articulations soient soudées. Souvent la chaleur de la peau n'est pas augmentée et le pouls n'a aucune fréquence, mais souvent aussi la peau est sèche, âcre et brûlante, et le pouls fréquent et dur. Cette différence tient probablement à ce que, dans le premier cas, les voies digestives sont exemptes d'irritation, et que, dans le second, elles sont enflammées. Dans l'un comme dans l'autre, la figure est animée; elle présente un caractère de souffrance difficile à décrire, mais que l'on ne méconnaît plus quand on l'a une seule fois observé; les yeux sont brillans et fixes, la pupille dilatée, les paupières invinciblement écartées; une sueur abondante et visqueuse couvre le corps, la déglutition est difficile et quelquefois impossible, la respiration laborieuse, et le malade ne peut articuler aucun mot, ou ne le fait qu'avec une difficulté extrême: les souffrances paraissent être cruelles. M. le docteur Liébaut, qui a été atteint du tétanos, compare les douleurs qu'il a éprouvées à celles de la crampe (1). Il est bon de remarquer que les facultés intellectuelles sont le plus ordinairement exemptes de trouble. Dans le tétanos spontané il en est toujours ainsi; et lorsque dans le traumatique il existe du délire, l'irritation cérébrale dont ce symptôme dépend, est provoquée par la blessure comme le tétanos lui-même.

Le tétanos reste quelquefois borné aux muscles de la face, et ne produit que le resserrement des mâchoires; on le désigne alors par le nom de *trisme* ou *trismus*, et *mal de mâchoires* aux Antilles, où il est assez fréquent sur les enfans nouveau-nés; il prend celui d'*opisthotonos*, lorsque la tête est rétractée sur la nuque, et que le tronc est fortement étendu en arrière (ce cas est le plus ordinaire); on le nomme *emprosthotonos*, lorsque le corps est courbé en avant, et le menton fortement appliqué sur la poitrine; enfin on l'appelle *pleurosthotonos*, quand le tronc est courbé sur l'un ou l'autre côté.

Le tétanos est toujours une maladie très-grave; il est presque constamment mortel lorsqu'il se manifeste à l'occasion d'une blessure (*Convulsio si superveniat vulneri, lethalis*. Hippocrate). M. le docteur Blaquière rapporte dans sa thèse, un exemple de tétanos, dont la guérison a été spontanée (1). Celui qui survient spontanément offre plus de chances de guérison; le trismus est le moins grave de tous. Au reste, cette névrose ne présente pas toujours le degré d'intensité sous lequel nous l'avons décrite, et alors elle est moins dangereuse. Quand la mort en est la suite, elle a ordinairement lieu vers le troisième ou quatrième jour, quelquefois au bout de vingt-quatre heures, presque jamais au-delà du septième ou huitième jour. Nous avons dit que le tétanos se montrait quelquefois intermittent; les exemples en sont extrêmement rares: M. Fournier-Pescay en rapporte deux, et en cite deux autres dans son article *Tétanos* déjà mentionné: ce sont probablement les seuls que l'art possède.

*Caractères anatomiques.* Cette maladie est encore une de celles sur lesquelles l'anatomie pathologique n'a pu jusqu'ici jeter aucun jour. Il paraît cependant que l'on a trouvé assez fréquemment sur les cadavres l'arachnoïde rachidienne enflammée; de sorte que quelques médecins n'hésitent pas à regarder les symptômes du tétanos comme dépendans de cette inflammation. Mais l'arachnoïdite rachidienne a été observée sans symptômes de tétanos, et, réciproquement; le tétanos a été vu nombre de fois sans vestiges de cette phlegmasie; d'où nous croyons pouvoir conclure que le tétanos ne dépend pas de cette inflammation, et n'est autre chose qu'une névrose. Un médecin italien, le docteur Poggi, a publié un fait (2) de tétanos à la suite duquel on a rencontré une altération de la moelle épinière résultat probable d'une inflammation; mais nos réflexions précédentes sont encore applicables ici, car combien n'a-t-on pas observé d'exemples de myélite sans symptômes tétaniques! On a trouvé quelquefois des traces d'in-

(1) *Considérations générales sur le tétanos*, thèse n° 124, année 1816. Faculté de Paris.

(1) *Essai sur le tétanos traumatique*, thèse n° 61, année 1815, Facultés de Paris.

(2) *Annales universelles de médecine*, mars 1822.

flammation ou des vers dans les voies digestives; le cerveau injecté, les poumons gorgés de sang. Un médecin dit avoir trouvé du sang épanché, encore fluide, entre la *dure-mère* et la *pie-mère ;* un autre parle de *constriction du cerveau*, etc. Quelles conséquence peut on tirer de pareilles données?

*Traitement.* On a tout tenté contre cette cruelle maladie; la saignée, les bains tièdes, chauds, froids, de vapeurs, les affusions froides, tous les antispasmodiques les plus énergiques, tels que assa-fœtida, musc, castoréum, camphre, valériane; les anthelmintiques, le quinquina, les sudorifiques et surtout l'ammoniaque, le carbonate de soude, les purgatifs drastiques, les frictions mercurielles et l'opium. Parmi ces agens, la saignée générale, les saignées capillaires pratiquées le long de la colonne vertébrale, les bains tièdes ou chauds prolongés pendant dix, quinze et vingt heures, ceux de vapeurs, les affusions, l'ammoniaque, le carbonate de soude et l'opium, sont ceux qui comptent le plus de succès. L'ammoniaque se donne à la dose de dix ou douze gouttes dans de l'eau: on y revient rarement plus de deux fois: on l'emploie également en frictions, mêlé avec de l'huile. Le carbonate de potasse est administré à l'intérieur dans des lavemens, à la dose de quarante à cinquante grains, et à l'extérieur, en dissolution, dans laquelle on mouille des compresses que l'on applique ensuite sur les parties contractées. Quant à l'opium, on le prescrit toujours à de très-hautes doses, depuis six grains jusqu'à cent et cent vingt dans les vingt-quatre heures. Nous l'avons vu employer à de si fortes doses sans aucun avantage, que nous sommes disposés à le croire plus nuisible qu'utile. Lorsque, par l'effet du resserrement des mâchoires, on ne peut ingérer les médicamens aux malades, on introduit une sonde dans l'œsophage par les fosses nasales; ou en la faisant pénétrer entre la joue et la dernière dent molaire. On a également employé avec succès, dans quelques cas, des bains médicamenteux, composés de lessive de cendres ordinaires, avec addition d'une ou deux onces de potasse caustique. En même temps que l'on a recours à ces moyens, et même avant, il faut, dans le tétanos traumatique, débarrasser les blessures des esquilles ou des corps étrangers qui peuvent irriter, débrider les plaies étranglées, achever la section des nerfs qui ne sont qu'incomplètement coupés, calmer les douleurs trop vives par les topiques narcotiques; et si la plaie est livide et cesse de suppurer, on prescrit de la panser avec un onguent fortement irritant, ou même de la couvrir d'un vésicatoire pour y rappeler l'irritation. Ce dernier conseil, aussi vaguement exprimé, peut être dangereux. Si c'est le tétanos qui a fait tarir la suppuration de la plaie, on tourmentera vainement celle-ci par des irritans, non-seulement on ne diminuera pas l'irritation rachidienne, mais on s'exposera à l'accroître. Ce n'est donc que dans le cas où la plaie se serait desséchée et aurait pris l'aspect livide avant l'invasion des accidens tétaniques, qu'il pourrait être utile de chercher à y rappeler la suppuration; et, à cet effet, on devra toujours préférer les excitans les moins douloureux.

Le musc a été conseillé par M. Fournier-Pescay et paraît être très-utile, mais il faut l'administrer à de très-hautes doses; le médecin que nous venons de citer en a donné jusqu'à deux gros par jour, à doses de dix à quinze grains.

On obtiendrait probablement plus de guérisons par la méthode antiphlogistique que par toute autre, si on l'employait avec moins de timidité dans cette redoutable maladie. Un cas remarquable de guérison, due évidemment à l'activité du traitement, a été publié par M. Pelletier dans le *Journal complémentaire* (1). Six saignées de deux livres chacune ont été pratiquées par ce médecin, et le succès a couronné sa hardiesse. Nous n'hésiterions pas à imiter cette conduite en pareille circonstance. Dans les maladies presque constamment mortelles on doit tout tenter, pourvu que cela soit rationnel. (*Ad extremos morbos summæ curationes, quoad rectitudinem sunt optimæ.* Hippocrate).

### *Névroses du sentiment.*

#### De l'hypercousie.

M. Itard désigne ainsi l'exaltation de l'ouïe. Cette névrose, dit ce savant médecin, renferme un grand nombre de variétés, qui ont pour caractère commun une perception plus ou moins incommode et même douloureuse de certains sons, de certains bruits, particulièrement de ceux qui sont élevés et aigus (2). Très-souvent, ce phénomène n'est que le symptôme d'autres névroses, telles que l'hystérie; ou d'inflammations, comme l'érysipèle de la face, la névrilite de l'oreille, l'otite commençante, l'arachnoïdite. S'il en était toujours ainsi, nous ne lui aurions pas consacré un article à part: mais il est quelquefois idiopathique. Cela est très-rare, puisque M. Itard n'en possède que deux exemples. Cette exaltation de l'ouïe existe tantôt avec perception confuse des sons, et tantôt avec perception seulement douloureuse. Dans le premier cas, une surdité incurable en est la suite. Le traitement doit se borner aux vapeurs d'éther, à l'instillation de l'huile de lis ou d'amandes douces, aux fumigations émollientes, et au tamponnement du conduit auditif, afin de diminuer l'impression du son ou du bruit sur le nerf acoustique ou le cerveau. Il est douteux, en effet, si c'est ce nerf dont la sensibilité est exagérée, ou le cerveau. L'opium et les bains ont paru nuisibles dans l'un des deux cas rapportés par M. Itard.

On peut rapprocher de la maladie précédente celle que M. Itard décrit sous le nom de *dépravations de l'ouïe,* ou *paracousie.* Qu'est-ce autre chose en effet qu'une exaltation de l'ouïe, que ce *tintement* ou *bourdonnement d'oreille,* consistant dans l'audition de bruits qui n'existent pas, ou n'existent plus? Quant au tintement ou bourdonnement, produit par des bruits existans dans l'oreille ou auprès de cet organe, comme par le battement d'artères dilatées ou toute autre cause, ce ne sont évidemment là que des symptômes, que l'on ne

(1) Tome XII, pages 1 et suivantes.
(2) *Ouvrage cité*, tome II, pages 4 et suivantes.

peut appeler ni exaltation, ni dépravation, ni asthénie de l'audition. Enfin, on ne peut même pas regarder comme des *dépravations* ou *perversions* de l'ouïe, mots vides de sens, ces états dans lesquels on perçoit avec une inégale netteté des sons qui ont à peu près la même intensité, ou bien dans lesquels ces mêmes sons font une impression discordante sur les deux oreilles. Ce sont encore des exaltations. En effet, dans les trois à quatre faits rapportés par M. Itard, la maladie dépend évidemment d'une inégale faculté d'audition dans les deux oreilles : or, cette inégalité ne saurait exister sans que la faculté soit augmentée dans une oreille ou abaissée dans l'autre. Ce n'est pas ce dernier effet qui a lieu, car on sait que l'ouïe peut diminuer graduellement d'un seul côté, sans que le malade perçoive jamais ni des sons doubles, ni des sons discordans. Pour que l'audition soit ainsi troublée, il faut donc nécessairement que l'ouïe s'exalte d'un côté; il en résulte en effet qu'il y a audition de sons nouveaux, de sons auxquels l'oreille n'est point accoutumée, et par suite, discordance ou duplicité.

Le bourdonnement, celui qui consiste dans l'audition de bruits qui n'existent pas ou n'existent plus, le seul qui doive constituer une maladie, dépend probablement de l'irritabilité augmentée du nerf acoustique. M. Itard l'appelle *bourdonnement faux idiopathique*. Il est rare; on ne l'observe ordinairement « que chez les personnes dont l'ouïe » très-délicate a été ébranlée par une violente explosion, comme celle de l'artillerie et des armes à feu, ou fatiguée par un bruit uniforme » long-temps prolongé, tel que le font entendre » une grande chute d'eau, un torrent, le jeu d'une » forte machine hydraulique, ou bien lorsque ce » bruit, sans être ni violent, ni continu, a été accompagné de circonstances qui en ont rendu » l'impression extrêmement vive et profonde (1). » Il existe une seconde espèce de bourdonnement, nommée par M. Itard *faux symptomatique*, et que l'on observe à la suite des veilles prolongées, des travaux excessifs de cabinet, de chagrins, chez les hystériques, les hypocondriaques, etc.; mais ce bourdonnement est le symptôme d'une affection cérébrale, et n'est que le premier degré de ces illusions d'acoustique qui font croire aux malades qu'ils entendent des cris d'animaux, des voix humaines, de la musique, etc. Enfin, une troisième espèce de bourdonnement, que M. Itard appelle *vrai*, est produit par un état pléthorique, soit général, soit local, ou par la dilatation de quelque vaisseau artériel situé dans le voisinage de l'oreille, ou par un obstacle mécanique qui s'oppose à la libre circulation de l'air dans l'oreille, tant externe qu'interne. Il n'est donc encore qu'un symptôme.

Le bourdonnement idiopathique diffère de ces bourdonnemens symptomatiques, en ce qu'il est sujet à des rémissions et à des variations que ceux-ci ne présentent pas, qu'il n'est pas augmenté comme eux par la marche accélérée ni par l'inclinaison du tronc vers la terre, et enfin qu'il disparaît souvent pendant la digestion. On le combat par les vaporisations d'éther dans le conduit auditif, les frictions sur la tête; les applications chaudes sur cette partie, de manière à en provoquer la transpiration, les antispasmodiques à l'intérieur, et lorsqu'il a été produit par l'impression trop vive d'un son violent ou trop prolongé, ou qui a été accompagné de circonstances terribles, on ne parvient à le guérir ou à le rendre moins pénible qu'en le couvrant par un bruit analogue et continuel.

Il est évident que les bourdonnemens, ou tout autre bruit symptomatique, ne peuvent être guéris que par la destruction de la cause dont ils dépendent. Sont-ils l'effet d'un état habituel de congestion sanguine vers la tête? on emploie les pédiluves irritans, les sangsues aux jambes, la saignée du pied, les émissions sanguines locales au cou ou derrière les oreilles, la saignée de la jugulaire, et les lotions ou les douches d'eau froide sur la tête, si rien ne s'y oppose. Une pléthore générale chez un individu sanguin à l'époque de la puberté ou après la suppression d'une hémorrhagie habituelle en est-elle la cause? on a recours aux mêmes moyens, mais surtout à la saignée générale avec le plus grand succès. Dépendent-ils d'un embarras du conduit auditif ou de l'oreille interne? c'est cet embarras qu'il faut détruire. Enfin, s'ils sont produits par la dilatation de quelque vaisseau artériel hors de la portée des moyens chirurgicaux, tout traitement est inutile.

### De la nyctalopie.

Cette névrose consiste dans la difficulté ou l'impossibilité de distinguer les objets pendant le jour ou à une grande lumière, avec faculté de les distinguer au contraire à la plus faible lueur ou même dans les ténèbres. On ignore quelle en est la cause, mais on suppose, avec quelque fondement peut-être, qu'elle dépend d'une exaltation de l'irritabilité de la rétine. Elle accompagne souvent la conjonctivite et quelquefois les névroses cérébrales graves, mais elle n'est alors qu'un symptôme qui disparaît avec ces affections. Idiopathique, elle est toujours la suite d'un séjour trop prolongé dans un lieu à peine éclairé ou complètement obscur. L'œil, dans ces circonstances, acquiert la faculté de distinguer les plus petits objets dans l'obscurité, et lorsqu'ensuite il vient à être soumis à une vive lumière, il en ressent douloureusement l'impression; la pupille se contracte, la vision est impossible ou confuse; et si cet état se perpétue, il y a nyctalopie. Pour remédier à cette névrose, il faut habituer peu à peu l'œil à une lumière progressivement plus intense; on peut avoir recours en même temps à l'application de narcotiques et de stupéfians sur le globe de l'œil et les paupières. Lorsqu'il n'existe qu'une simple augmentation habituelle de l'irritabilité de la rétine, qui la rend trop impressionnable aux rayons lumineux un peu vifs, sans faculté de voir dans les ténèbres, le malade doit faire usage de verres colorés, principalement en vert, pour un seul œil ou pour tous les deux, suivant que l'affection est simple ou double.

Doit-on considérer comme dépendant de l'irritation de la rétine, ou de la *perversion* de la sensibilité, ainsi que le supposent quelques auteurs, ces illusions d'optique, que depuis Maître-Jan

(1) Itard, *ouvrage cité*, tome II, pages 13 et suivantes.

l'on nomme des *imaginations*, et qui consistent dans la vision d'objets bizarres, lumineux, de taches, etc., ou dans le tournoiement apparent de tous les corps environnans? Telle n'est pas notre opinion. De tels symptômes nous paraissent devoir dépendre presque toujours de l'excitation du cerveau. Ce qui le prouve, c'est qu'ils s'observent dans la plupart des névroses cérébrales, dans le délire et dans la folie, et presque jamais isolés. Certaines erreurs d'optique, comme la vision de taches ou de corps voltigeant dans l'air, peuvent cependant dépendre de quelque changement physique dans les diverses parties que traversent les rayons lumineux, mais ce ne sont encore que des symptômes, et si l'on veut les ériger en maladies, il faut en faire autant des mille et une formes du délire Pour guérir ces légères affections, on doit donc attaquer les causes dont elles dépendent.

### Du priapisme.

On nomme ainsi l'érection forte et douloureuse du membre viril, avec sentiment d'ardeur brûlante, et rarement accompagnée de désirs vénériens. Cette névrose a-t-elle son siége dans les plexus ou les nerfs spermatiques, ou les branches nerveuses génito-crurales, ou dans tous ces nerfs à la fois ? C'est ce que l'on ignore complètement.

*Causes.* Les hommes à tempérament sanguin, à idiosyncrasie hépatique, ceux qui ont des formes athlétiques et une voix de basse-taille, y paraissent plus sujets que les autres individus. L'usage d'alimens très-excitans et des boissons alcooliques prédisposent à la contracter. On voit quelquefois le priapisme être l'effet d'un excès de continence ou d'un coït excessif chez les individus très-robustes; mais ces deux causes produisent plus fréquemment le *satyriasis*. Il peut être aussi produit par la malpropreté, le contact immédiat et le frottement de vêtemens de flanelle sur les parties génitales, des attouchemens répétés, les uréthrites fréquentes, les pollutions nocturnes, l'irritation de l'urèthre produite par des sondes ou des bougies; les phlegmasies chroniques de la peau, surtout celles qui ont leur siége sur les parties génitales elles-mêmes, la flagellation, une température très-élevée; mais sa cause la plus ordinaire et la plus puissante est l'ingestion ou l'absorption des cantharides. Les danses voluptueuses, etc., concourent à sa production (1).

*Symptômes et marche.* Le priapisme commence ordinairement par une simple érection douloureuse qui survient pendant la nuit, et se dissipe si le malade se lève ou fait quelques lotions d'eau froide. Par l'accroissement progressif de cette névrose, et quelquefois dès le début, l'érection et la douleur persistent malgré la promenade à l'air frais et les lotions froides répétées, et le malade ne peut jouir du sommeil que vers le matin, lorsqu'il est accablé par la fatigue. Il y a quelquefois possibilité de satisfaire l'appétit vénérien lorsqu'il existe, ainsi que cela s'observe assez souvent après l'ingestion des aphrodisiaques, mais non pas sans douleur et sans épuisement, comme on assure que cela a lieu dans le satyriasis. Quand l'érection est très-douloureuse, souvent il se manifeste de la céphalalgie, de la soif, de l'agitation, de l'anxiété, et quelquefois du délire. Ce délire n'est pas ordinairement érotique, comme dans le satyriasis; c'est le délire que provoque toute irritation intense communiquée au cerveau par sympathie. Les lombes et l'hypogastre sont douloureux, l'émission de l'urine est difficile et même impossible, ou bien ce liquide est rouge, sanguinolent, boueux; dans quelques cas, le malade ne rend que du sang pur. Ces derniers accidens n'ont lieu ordinairement que lorsque le priapisme est l'effet des cantharides et qu'une cystite l'accompagne. Enfin, dans le plus haut degré d'intensité, l'irritation se propage au pénis, au périnée, à la vessie et au rectum; toutes ces parties se gonflent, s'enflamment, et quelques unes, surtout la verge, se gangrènent. Nous avons vu, en traitant de la cérébellite, que le priapisme en était le symptôme fréquent et peut-être pathognomonique. M. Louyer-Villermay dit que cette névrose guérit quelquefois spontanément par une abondante évacuation de sperme, et il cite en preuve l'exemple du curé des environs de la Réole, rapporté par Buffon (1), que d'autres écrivains regardent avec raison comme un exemple de satyriasis.

*Traitement.* On combat le priapisme par un régime lacté, féculent et exclusivement végétal, les boissons acidules, froides et même glacées en été, les émulsions, le petit lait, le nymphæa, l'orgeat, etc.; les bains froids, généraux ou locaux, les lavemens mucilagineux presque froids, les compresses d'oxicrat autour du bassin. Une saignée de bras est quelquefois nécessaire chez les individus sanguins : et lorsque l'irritation locale est extrême, on ne doit pas hésiter à appliquer des sangsues au périnée. Lorsque le priapisme a été produit par les cantharides, les moyens sont encore les mêmes; mais les boissons doivent être très-abondantes, et l'on peut essayer les préparations opiacées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ces préparations augmentent souvent le priapisme; il vaut donc mieux s'en abstenir dans les autres circonstances. Quelques grains de camphre procurent souvent du soulagement. Le priapisme qui suit les excès vénériens ou la masturbation, réclame, avec ces moyens, un régime succulent. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il faut toujours éloigner les causes et diriger toute son attention et ses soins vers la maladie principale, lorsque le priapisme est symptomatique. Un jeune officier de marine, auquel nous avions vainement conseillé l'emploi de la plupart de ces moyens contre un priapisme avec éjaculation abondante, qui se reproduisait toutes les nuits, et qui l'avait plongé dans un état d'épuisement général et d'excitation nerveuse considérable, se débarrassa complètement et en peu de jours de cette maladie par la compression. L'idée, nous a-t-il assuré, ne lui avait pas été suggérée. Tous les soirs avant de se coucher, il plaçait autour de la verge une ceinture portant une boucle à l'une de ses extrémités; il la serrait à un degré convenable, et faisait ensuite

(1) Louyer-Villermay, *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XLV, article PRIAPISME.

(1) *Dictionnaire* et *article cités.*

plusieurs circulaires avec l'extrémité libre. Il comprimait en outre la racine de la verge avec une petite pince en bois, de son invention, dont il pouvait écarter les branches à volonté à l'aide d'une petite vis, lorsque le gonflement de la verge lui en faisait sentir la nécessité.

Du satyriasis.

Le satyriasis diffère, dit-on, du priapisme en ce que l'érection n'est pas douloureuse, qu'elle est accompagnée de désirs immodérés et de délire érotique. On ne verra peut-être dans cette différence que deux degrés d'une même maladie; mais il est probable qu'il y a différence de siége; que le priapisme a le sien principalement, et pour ainsi dire exclusivement, dans les parties génitales elles-mêmes ou les nerfs qui y portent la sensibilité, et que le satyriasis est une névrose du cervelet réagissant sur les parties génitales.

*Causes.* La continence chez les hommes doués d'une imagination ardente et d'une robuste constitution, les excès vénériens, la lecture d'ouvrages obscènes, les conversations érotiques fréquemment renouvelées, surtout si les désirs vénériens qu'elles font naître ne sont pas satisfaits, la vue des danses voluptueuses, etc., sont les causes ordinaires du satyriasis. Les auteurs rangent, en outre, dans ce nombre, toutes celles que nous avons assignées au priapisme, de même qu'ils admettent les causes que nous venons d'énumérer, parmi celles de cette dernière affection, et tous rapportent des faits à l'appui de cette étiologie commune aux deux névroses. On serait tenté d'en conclure que l'on a jusqu'à présent décrit la même affection sous deux noms différens, si des différences assez marquées dans les symptômes n'écartaient cette conséquence.

*Symptômes et marche.* Au début, ce ne sont ordinairement que des érections fréquentes qui surviennent sans cause ou à la première vue d'une femme. Ce n'est pas encore là un état morbide; mais, peu à peu, les érections sont plus fréquentes et plus prolongées, les idées s'exaltent, le malade éprouve des désirs de plus en plus violens; son imagination en est troublée; il est continuellement obsédé par des images voluptueuses et érotiques; elles le poursuivent jusque dans son sommeil, qu'interrompent de fréquentes pollutions. Bientôt les désirs vénériens deviennent irrésistibles, la face rougit et s'anime, les yeux étincellent et sortent pour ainsi dire, des orbites; une bave abondante et écumeuse s'échappe de la bouche; tout le corps exhale une odeur analogue à celle du bouc; la soif est dévorante, et le malade cherche à assouvir sa *rage amoureuse*, même sur la femme la plus dégoûtante. Quelquefois le délire, toujours érotique, est doux et tranquille. De temps en temps la raison reprend son empire, et le malheureux *satyre*, honteux de ses excès, se dérobe à tous les regards. Si, dans son délire, il a une femme à sa disposition, s'il est marié, par exemple, il répète le coït un si grand nombre de fois, et avec une telle fureur, que les parties génitales s'enflamment et sont quelquefois frappées de gangrène. Une mort prompte en est alors la suite. Heureusement cette terminaison est rare; la guérison est plus ordinaire.

*Traitement.* Le traitement de cette névrose est à peu près le même que celui du priapisme. Cependant, s'il était démontré que le satyriasis est plutôt une névrose du cervelet que des parties génitales, on devrait diriger les saignées locales, les ventouses, et même les topiques narcotiques à la nuque, de préférence aux organes de la génération. Du reste, les boissons, les bains, les lavemens, etc., doivent être employés de la même manière. On peut aussi pratiquer une ou deux saignées générales chez les individus pléthoriques. Enfin, lorsque l'ingestion des cantharides a causé tout le désordre, il faut débarrasser les voies digestives de la présence de ce poison, par des boissons abondantes et laxatives, et remédier ensuite à l'inflammation qu'il peut avoir développée dans ces parties. (Voy. *Gastrite.*)

De l'hystérie.

Qu'est-ce que l'hystérie? quel en est le siége? quelle en est la nature? Malgré les savantes discussions auxquelles ces questions ont donné lieu, elles ne nous paraissent pas encore résolues de manière à dissiper tous les doutes. Peut-être a-t-on décrit plusieurs affections différentes sous cette seule dénomination. Plusieurs médecins pensent, avec M. Louyer-Villermay (1), que cette affection a son siége dans l'utérus, et consiste dans une névrose de cet organe; d'autres croient, avec M. Georget (2), qu'elle a son siége exclusif dans le cerveau, dont elle est un mode d'irritation. Une opinion mixte, formée de la combinaison des deux précédentes, et qui consiste à regarder l'hystérie comme une irritation simultanée de l'utérus et de l'encéphale, a été émise tout récemment par M. Boisseau (3). Enfin, plusieurs considérations physiologiques et quelques faits, tendraient à faire croire que le point de départ de tous les phénomènes hystériques existe dans les ovaires et le cerveau simultanément irrités. C'est à l'anatomie pathologique à dissiper tous les doutes, et à nous éclairer sur le vrai siége et la nature de l'affection qui nous occupe. En attendant, nous la considérerons comme une irritation des nerfs du système utérin et du cerveau, sans affirmer que tels soient en effet son double siége et sa nature, et donnant seulement cette opinion comme la plus probable.

*Causes.* Elles agissent ou sur l'utérus exclusivement, ou sur le cerveau seul, ou sur ces deux organes à la fois. Les premières sont, une grande irritabilité de l'utérus, une phlegmasie chronique de cet organe, les désordres de la menstruation, une trop grande continence, les excès vénériens, l'onanisme, et les aphrodisiaques. On range parmi les secondes, une imagination ardente, la

(1) *Traité des maladies nerveuses ou vaporeuses.* Paris, 1816, 2 vol. in-8.

(2) *Physiologie du système nerveux, spécialement du cerveau; Recherches sur les maladies nerveuses en général*, etc., 1821, in-8, tome II.

(3) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. IX, article HYSTÉRIE.

frayeur, et toutes les affections tristes ; et parmi les dernières, les désirs amoureux violens et non satisfaits, les lectures obscènes, un amour contrarié, la jalousie. C'est dans les grands hôpitaux surtout, et sur les observations en masse, qu'on peut assigner à chacune de ces causes sa part d'influence dans la production de l'hystérie. Par exemple, il serait sans doute avantageux de rechercher s'il y a d'anciennes filles publiques parmi les hystériques de la Salpêtrière, et dans quelle proportion on les y compte, et, s'il n'y en a pas, de s'enquérir des mœurs de ces malades avant leur entrée à l'hospice. On s'attache beaucoup à savoir si elles ont éprouvé des affections morales tristes; on a raison sans doute : mais combien ne doit-il pas paraître difficile de mesurer le degré d'importance qu'on peut attacher à cet ordre de causes, quand on sait que presque tous les hommes, et surtout les femmes, ont éprouvé, s'il faut les en croire, de *grands chagrins*, souvent même de *grands malheurs*, et que tous se complaisent à en exagérer l'expression, tandis qu'ils cachent avec soin les excès vénériens auxquels ils se sont livrés? N'est-il pas aussi dangereux de ne faire attention qu'à ce premier ordre de causes que de n'en tenir aucun compte ?

Une constitution délicate, comme une constitution athlétique, semblent également prédisposer à l'hystérie, lorsqu'elles sont unies à une grande sensibilité générale, et surtout à une vive irritabilité de l'utérus. Cette maladie est plus fréquente à l'époque de la puberté que dans l'âge adulte; elle se montre de nouveau vers l'âge critique. Lorsqu'elle est développée chez un individu, il suffit souvent de la cause la plus légère pour en provoquer les accès. Tout ce qui agit sur le cerveau ou l'utérus est dans ce cas; les odeurs pénétrantes, l'abus des lotions tièdes, et par dessus tout les contrariétés de toute espèce, sont les plus ordinaires de ces causes. Enfin, on voit aussi quelquefois les accès se renouveler sous l'influence de la chaleur, de l'insolation, du froid trop vif, et de toutes les stimulations un peu vives des voies digestives; mais qui ne sait qu'il en est de même de toutes les maladies, et que le froid, le chaud, les spiritueux, etc., réveillent la toux et les douleurs articulaires, chez les *phthisiques* et les *goutteux ?*

*Symptômes et marche.* L'invasion de l'hystérie est ordinairement subite ; elle prend par accès qui se déclarent presque toujours pendant le jour, à des époques irrégulières, et quelquefois périodiques, et qui durent depuis quelques minutes jusqu'à une ou plusieurs heures. Voici la description d'un de ces accès, d'après M. Louyer-Villermay (1) : impression sourde et mouvement obscur vers la matrice, sentiment d'une boule ou d'un globe qui, de l'hypogastre, s'élève par oscillations, au travers de l'abdomen et du thorax, jusqu'au cou, où il survient une constriction violente, un étranglement qui fait craindre à quelques malades la suffocation ; souvent il s'y joint un froid glacial ou une chaleur vive ; l'abdomen est en même temps déprimé, tendu; les malades accusent le sentiment d'un cercle qui comprimerait les fausses côtes. Il existe ordinairement une douleur locale très-circonscrite, nommée *clou hystérique*, qui fait éprouver tantôt la douleur d'une aspérité qu'on enfoncerait dans les chairs, d'autres fois un tiraillement très-incommode. Le ventre se gonfle momentanément, ainsi que la poitrine et le cou; le visage rougit et pâlit alternativement ; les extrémités se refroidissent par suite des anomalies de la chaleur. Le pouls devient petit et irrégulier, tandis que les battemens sont grands et forts vers la tête; les palpitations du cœur sont parfois précipitées et tumultueuses; dans d'autres cas elles sont peu sensibles. Des mouvemens convulsifs ne tardent pas à se manifester dans les membres thoraciques et abdominaux, et y ramènent la chaleur; mais presque toujours le sang afflue de la circonférence au centre; souvent on observe un resserrement tétanique des mâchoires. M. Boisseau (article cité) a observé outre ces symptômes un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement du pharynx, accompagné d'un mouvement analogue, mais moins marqué, de la mâchoire inférieure.

Plaçons à côté de cette description celle du docteur Georget. Lorsque les attaques viennent par le seul état morbide du cerveau, dit ce médecin, et sans être provoquées par une cause excitante qui les détermine alors sur-le-champ, elles sont toujours, ou du moins à très-peu d'exceptions près, précédées de quelques symptômes, tels que l'augmentation ou le retour de la céphalalgie; une agitation de l'esprit, et surtout l'agitation et les inquiétudes musculaires, des contractions spasmodiques légères, des crampes, de la gêne au larynx, quelquefois des rires involontaires, tellement continus et durables que la respiration en est horriblement gênée, et fait craindre la suffocation; d'autres fois des pleurs abondans, une tristesse et un abattement moral extrêmes; tantôt des pleurs et des ris alternatifs. Après un laps de temps plus ou moins long, la céphalalgie devient insupportable ; les malades l'expriment avec énergie, en disant, les unes, qu'on leur comprime la tête avec une enclume; les autres, qu'on la leur brise à grands coups de marteau ; celles-ci, que leur cervelle est en ébullition, en contact avec de l'huile bouillante; celles-là, qu'elles entendent des sifflemens horribles, des détonations. Cette douleur occupe le plus souvent la partie supérieure de la tête, plus rarement elle existe antérieurement ou postérieurement. Aussitôt la malade tombe, tout le système musculaire entre en convulsions, l'usage de tous les sens et de l'entendement est suspendu; elle pousse des cris aigus ou un cri particulier, fort singulier, qui ressemble beaucoup au hurlement des loups; la plupart des jeunes filles appellent en criant leur mère. Tout entière à sa douleur, la malade entend tout et ne répond à rien. En même temps les mâchoires sont serrées, il y a des claquemens ou des grincemens de dents; les yeux sont fermés, la face est animée, rouge, injectée, vultueuse ; un sentiment de constriction, de strangulation existe au larynx; la poitrine elle-même est serrée, comprimée, et la suffocation paraît imminente; le diaphragme est immobile, et produit le sentiment d'une barre à la base du thorax, ou bien il s'abaisse et s'élève convulsive-

(1) *Ouvrage cité.*

ment; l'abdomen est rétracté, aplati, ou le siége de contractions ondulatoires, des secousses ont lieu dans la région dorsale, qui se courbe en arrière et se redresse alternativement; la tête est tenue fixe et fortement en arrière; les membres se raidissent et se relâchent tour à tour, et si les malades ne sont retenues, elles se contondent, se frappent, se déchirent, s'arrachent les cheveux. L'accès se termine, ou par des ris immodérés, ou par des larmes abondantes, et quelquefois sans aucun de ces phénomènes. La céphalalgie persiste, elle est seulement diminuée; la tête est chaude, brûlante, très-sensible au toucher; la malade se plaint d'une lassitude dans tout le système musculaire, et d'avoir les membres brisés, moulus. Les dents sont douloureuses, agacées, quelquefois brisées. Dans certains cas, il reste des paralysies d'un sens, de la voix, de quelques parties musculaires, de la vessie: un jour ce sera l'une, le jour suivant ce sera une autre de ces parties qui présentera ce phénomène. Quelques malades ont de l'écume à la bouche pendant les accès, d'autres sont dans un véritable état cataleptique, quelques unes dans un état de somnambulisme; enfin, chez les malades sujettes à l'hématémèse, cette hémorrhagie survient pendant les attaques (1).

On trouve sans doute de nombreux traits de ressemblance dans ces deux descriptions : mais les différences y sont bien plus nombreuses encore, et l'on est tenté de se demander si les excellens observateurs auxquels nous les empruntons ont bien décrit la même maladie. Cependant, malgré ces dissemblances dans les deux tableaux, nous n'hésitons pas à affirmer qu'ils peignent la même affection, mais observée dans des degrés et des circonstances différens. Expliquons-nous. M. Georget a fait toutes ses observations à la Salpêtrière. La majeure partie des hystériques de cet hospice sont des femmes qui n'y entrent qu'après avoir traîné leur maladie pendant plusieurs années, et vainement employé toutes les ressources de l'art (2), et lorsque, par la violence qu'elle a graduellement acquise, elle ne leur permet plus de subvenir à leur existence, ou les rend à charge à leurs parens. Leur cerveau, long-temps tourmenté par la souffrance de l'utérus, par les chagrins que traîne la misère à sa suite, et déjà naturellement trop irritable et irrité, puisque nous avons vu que c'était là une cause prédisposante et une condition nécessaire de l'hystérie; leur cerveau, disons-nous, a fini par devenir l'organe le plus malade : dans quelques cas même, il est peut-être resté le seul affecté; mais il a conservé en partie le mode d'expression de sa souffrance, qu'il devait au début à l'influence exercée sur lui par l'utérus malade; et l'*hystérie*, ou plutôt l'*hystéro-céphalite*, est ainsi devenue une affection purement cérébrale. Ce sont donc de tels faits que M. Georget a observés et décrits. M. Louyer-Villermay, au contraire, a puisé presque tous les siens dans la pratique civile. Il a dû voir souvent l'hystérie à ses premières attaques, à l'époque par conséquent où l'utérus est le principal mobile de tous les désordres, où le cerveau n'est que faiblement irrité, parce qu'il a peu souffert encore; et ce sont ces attaques dont il nous a donné la description. Voilà donc à quoi tiennent les différences que l'on remarque dans les deux groupes de symptômes tracés par ces deux savans observateurs. En veut-on d'ailleurs une preuve convaincante? Que l'on compare avec la description de M. Georget les accès hystériques au second et au troisième degré décrits par M. Villermay, on trouvera, dans les attaques du second degré : la perte ordinairement incomplète des sens et de l'entendement, un état de demi-syncope, le resserrement de l'abdomen, les palpitations, le gonflement de la poitrine, du cou et de la face, la coloration ou la pâleur de celle-ci, le serrement des mâchoires, l'écume à la bouche, la constriction du larynx et de la poitrine, l'imminence de la suffocation, les mouvemens convulsifs des membres, la courbure alternative en avant et en arrière de la colonne vertébrale, les efforts de la malade pour se frapper, se déchirer, se mordre; le *clou hystérique* se faisant sentir quelquefois d'une manière insupportable à la tête, les pleurs et les ris involontaires, et enfin quelques uns des phénomènes de somnambulisme, tous symptômes que nous avons vus être mentionnés par M. Georget comme ceux des attaques ordinaires. Enfin, on verra les accès hystériques du troisième degré être caractérisés par l'agitation la plus intense, les convulsions violentes, suivies d'une espèce d'apoplexie pendant laquelle les fonctions de la respiration et de la circulation paraissent suspendues; en un mot, d'un état de mort apparente qui a fait commettre de funestes méprises : symptômes dont M. Georget ne nie pas l'existence, mais qu'il n'a pas eu occasion d'observer.

*Durée, terminaisons et pronostic.* Comme dans toutes les maladies nerveuses qui reviennent par attaques, la durée de l'hystérie n'a rien de fixe; elle peut ne se composer que d'un petit nombre d'attaques, ou bien durer toute la vie; elle guérit quelquefois spontanément, surtout à l'époque de la cessation des règles, ou par l'effet d'une vive impression morale, ou bien elle cède aux moyens dirigés contre elle; mais très-souvent elle s'aggrave, et se termine par des désordres plus graves du cerveau ou de l'utérus, par l'inflammation de l'un de ces organes, et surtout du premier. On la guérit d'autant plus difficilement que les accès sont plus forts, plus fréquens, et reviennent plus régulièrement, *et vice versâ*. On a remarqué que l'hystérie produite par la frayeur présentait moins de chances de guérison que celle qui est le résultat du chagrin et de toutes les autres causes.

*Traitement.* Il se partage en traitement préservatif, traitement des accès, et traitement de la maladie. Le premier est applicable à toutes les femmes dont les passions sont vives, qui ont l'imagination ardente, le système nerveux et l'utérus très-irritables. Il consiste dans les précautions suivantes : recommander des exercices musculaires, des occupations mécaniques et des études sérieuses; proscrire la lecture des romans, la fréquentation des concerts, des spectacles, des bals et des

(1) Georget, *ouvrage cité*, tome II, page 267 et suivantes.

(2) Georget, *ouvrage cité*, tome II, page 291.

sociétés nombreuses, ne permettre le coucher que lorsque le sommeil approche, et ordonner le lever aussitôt le réveil, pour empêcher la jeune fille de s'abandonner aux rêves de l'imagination et à l'onanisme; prescrire l'usage d'alimens non stimulans, et de l'eau pure ou presque pure, et l'abstinence du thé, du café et des liqueurs spiritueuses; employer les bains de pied et ceux de baignoire presque froids; quelques antispasmodiques, tels que l'éther, l'eau de fleurs d'oranger, l'infusion de tilleul, un verre de lait d'amandes en se couchant, etc.; enfin conseiller le mariage, si tel paraît être le désir ardent ou plutôt le besoin de la malade. Le traitement des accès se réduit en général à un petit nombre de moyens simples: placer la malade sur un lit, la tête élevée; écarter tous les liens qui pourraient apporter quelque obstacle à la respiration et à la circulation, comme lacets et jarretières; contenir l'hystérique, afin d'empêcher qu'elle ne se blesse; donner un libre accès à l'air, faire respirer de l'éther, en donner quelques gouttes dans de l'eau sucrée, et y joindre de l'eau de fleurs d'oranger; frictionner l'abdomen, et principalement l'hypogastre; et enfin, si l'accès se prolonge, faire quelques affusions froides sur la tête, et rubéfier les pieds par un pédiluve chaud et sinapisé, ou par des cataplasmes de moutarde. Il peut être utile, dans les attaques accompagnées de violente congestion cérébrale et de coma, de pratiquer une saignée du bras. Enfin le traitement de la maladie, celui qui a pour but de prévenir le retour des accès, consiste, d'une part, dans l'observance des mêmes précautions que nous avons indiquées dans le traitement préservatif, et, de l'autre, dans l'emploi de tous les moyens qui peuvent diminuer l'irritabilité de l'utérus et du cerveau. Ces moyens sont les saignées locales, derrière les oreilles et à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses; les saignées générales chez les sujets pléthoriques, l'application des topiques froids sur la tête, les bains tièdes prolongés, les bains froids, et surtout celui par immersion, les bains de siége, narcotiques et émolliens, et les fumigations de même nature dirigées vers l'utérus. Mais lorsqu'après avoir persévéré pendant quelque temps dans l'emploi de ces moyens, on s'aperçoit qu'ils sont à peu près sans effet, il faut leur associer les antispasmodiques, éther, musc, assa-fœtida, succin, camphre, valériane, jusquiame, belladone, acide hydro-cyanique, oxide de zinc, etc., en surveillant leur action sur les voies digestives, pour les suspendre aussitôt qu'ils irritent cette partie. Enfin quand la maladie est arrivée à ce point que tous les remèdes que nous venons d'indiquer soulagent à peine pendant quelques instans, mieux vaut en cesser tout-à-fait l'usage, que de tourmenter l'estomac sans cesse, et l'on doit se borner aux soins d'hygiène et de régime précédemment énumérés.

### De la nymphomanie.

On appelle *nymphomanie*, *utéromanie*, *andromanie*, etc., le désir violent et insatiable du coït chez la femme, porté à tel degré qu'il trouble la raison, fait oublier tout sentiment de pudeur, et constitue une véritable folie. La plupart des auteurs s'accordent à en placer le siége dans l'encéphale et l'utérus, et les plus modernes, dans le cervelet exclusivement. A l'ouverture des cadavres quelques médecins ont en effet trouvé ce dernier organe enflammé; mais d'autres ont rencontré des traces de phlegmasie dans les ovaires et l'utérus. Que conclure de là? Que les auteurs ont confondu sous une même dénomination plusieurs affections différentes; ou bien que la nymphomanie consiste dans l'irritation simultanée des organes de la génération et de l'encéphale; ou bien enfin que, comme dans l'hystérie, l'affection des parties génitales a l'initiative, et que celle du cervelet ou du cerveau est consécutive. Qui dissipera toutes ces obscurités? Faisons remarquer en passant aux détracteurs de l'anatomie pathologique, que toutes les maladies dont l'histoire est obscure, sont celles précisément que cette belle science n'a pas encore assez éclairées de son flambeau. On dispute peu sur la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, etc., tandis que l'on trouverait à peine deux médecins d'accord sur la plupart de ces névroses que nous étudions dans cette classe.

*Causes*. On a observé la fureur de l'onanisme sur des petites filles de trois ans, et la nymphomanie chez des femmes de soixante-dix et quatre-vingts; celle-ci est plus fréquente depuis la puberté jusqu'à l'âge de retour, et principalement à ces deux époques. La plupart des femmes qui en sont atteintes sont irritables; elles ont les muscles bien prononcés et à peine entourés de graisse; elles sont brunes, abondamment fournies de poils; leurs yeux sont noirs, grands et vifs; elles ont les hanches larges et arrondies, et les membres abdominaux très-développés, etc. Les phlegmasies chroniques de la peau, surtout les dartres situées autour de l'anus ou du vagin, la présence d'ascarides dans le rectum ou le vagin, peuvent la provoquer; mais elle se développe principalement par l'influence des causes que nous avons vues produire le priapisme et le satyriasis; telles que, la continence, un amour contrarié, les attouchemens fréquens, les lectures érotiques, les aphrodisiaques, etc., etc.

*Symptômes et marche*. L'invasion de la nymphomanie est rarement subite; elle est ordinairement précédée par des désirs vifs, mais sur lesquels la raison conserve encore tout son empire; la femme est triste, rêveuse, son regard est tour à tour languissant ou animé; elle se trouble et rougit sans cause apparente en la présence et surtout à la voix de la plupart des hommes; son imagination s'exalte, son langage devient vif et animé; elle recherche la solitude, et s'y livre souvent à la masturbation. Bientôt il se manifeste de la pesanteur dans les lombes, des chaleurs dans l'abdomen et les seins, du prurit dans les parties génitales, et presque toujours il s'y joint un écoulement par la vulve, variable en quantité et en nature. Successivement le mal s'aggrave par la non satisfaction des désirs; la femme se repaît de lectures obscènes, elle provoque les conversations voluptueuses; elle n'a plus que des idées lascives; à la vue d'un homme, ses yeux étincellent, sa figure s'anime et se couvre de rougeur, sa respiration est précipitée; et soupirs, langage, regard, attitudes,

tout en elle respire la volupté et provoque aux assauts amoureux. C'est principalement aux époques de la menstruation que les symptômes s'aggravent ainsi. Enfin, la raison s'égare; pour satisfaire sa passion délirante, la nymphomane provoque le premier homme qu'elle rencontre, adresse, ruses, prières, supplications, menaces et violence, elle emploie tout pour obtenir ses caresses. En même temps une soif brûlante la dévore; la bouche est sèche et chaude, l'haleine fétide, les lèvres se couvrent d'écume. Quelquefois elle grince des dents, cherche à mordre, éprouve un sentiment de strangulation et l'horreur des liquides. L'état de folie devient continu, et alors la femme se livre aux actes désordonnés qui accompagnent ordinairement cet état (voyez *Folie*); mais son délire roule toujours sur les plaisirs vénériens. Chez plusieurs femmes, le clitoris augmente beaucoup de volume, les grandes lèvres et le vagin se gonflent et parfois s'excorient, et il se fait par ces parties un écoulement plus ou moins épais et souvent fétide. Les malades périssent dans le marasme, ou dans une exacerbation violente et subite de la maladie. M. Louyer-Villermay, qui a eu de fréquentes occasions d'observer cette névrose, l'a vue très-rarement avoir cette dernière terminaison.

*Traitement.* Tant que la nymphomanie n'est qu'au premier degré, il est possible de la guérir par l'accomplissement des désirs vénériens; les auteurs en rapportent de nombreux exemples. On cite même plusieurs cas de guérisons obtenues de la sorte, lorsque la maladie était déjà arrivée au point de troubler la raison. On devra donc conseiller le mariage chaque fois qu'il sera possible; mais, en général, quand la maladie est un peu ancienne, les plaisirs de l'amour n'apportent aucune amélioration. Il faut alors avoir recours aux agens hygiéniques et pharmaceutiques; ce sont même souvent les seuls moyens qu'il soit possible d'employer. Ils consistent dans les infusions de fleurs ou feuilles de nénuphar, d'oseille, de laitue, de mauve, de violette; les semences émulsives, les eaux distillées de nénuphar, de laitue, de concombre, de pourpier, de laurier-cerise; l'orgeat, les sirops acides. Autant que possible, ces boissons doivent être administrées froides et même glacées. On peut joindre à ces moyens quelques uns des narcotiques et des antispasmodiques que nous avons indiqués dans le traitement général de l'irritation, et précédemment en traitant de l'hystérie; mais les saignées du pied, du bras, les applications de sangsues à la vulve et derrière les oreilles; les bains tièdes ou frais, les lavemens froids, émolliens et narcotiques, un régime végétal et lacté avec privation absolue des plus légers stimulans, sont encore les plus efficaces, comme ils sont les plus rationnels. Au reste, il est bon d'observer que, la nature de cette affection n'étant pas connue, son traitement doit se ressentir de cette incertitude.

### De la rage.

On appelle *rage* une maladie dont la nature n'est encore que soupçonnée, ayant pour caractères principaux l'horreur des liquides et souvent même celle des corps polis et brillans, avec sentiment d'ardeur et de constriction, à la gorge, et quelquefois l'envie de mordre. L'horreur de l'eau qui la caractérise spécialement, lui a fait donner aussi le nom d'*hydrophobie*.

*Causes et caractères anatomiques.* Les causes de la rage sont peu nombreuses. L'impression subite d'un air glacial, lorsque le corps est en sueur, l'insolation, la terreur, et surtout la colère, la produisent quelquefois; mais presque toujours elle se développe à la suite de la morsure d'un animal enragé. Dans quelques cas extrêmement rares, on l'a vue survenir sans cause appréciable. On nomme *rage spontanée* celle qui naît sous l'influence du premier ordre de causes; et *rage communiquée* celle qui suit la morsure d'un animal enragé.

On a beaucoup agité la question de savoir s'il existe un virus lyssique. Quelques médecins nient son existence, et prétendent, les uns que la rage est l'effet de la terreur qu'inspire la morsure d'un animal suspect, et les autres qu'elle dépend de l'irritation des nerfs de la partie mordue. Mais on oppose à la première des ces hypothèses des faits qui attestent que des individus sont devenus hydrophobes quoiqu'ils fussent restés dans la plus grande sécurité après leur blessure : tandis que d'autres, mordus par le même animal et dévorés d'inquiétude, n'ont cependant pas été atteints de cette funeste maladie. On fait observer ensuite que les animaux et les enfans au berceau, mordus par un chien enragé, deviennent hydrophobes, quoique bien certainement exempts de tout sentiment de terreur; ces objections nous paraissent sans réplique. Quant à la seconde supposition, elle ne nous semble pas plus fondée, et ne résiste pas davantage à l'épreuve des faits. Si la nature de la plaie et l'irritation des nerfs étaient les causes du développement de l'hydrophobie, celle-ci ne devrait pas se manifester lorsque la morsure est superficielle, et n'a fait, pour ainsi dire, qu'effleurer la peau : or, non-seulement la rage se développe dans ces cas de morsures légères, mais elles sont encore les plus dangereuses. En second lieu, il ne devrait pas exister de différence, pour le danger, entre une morsure faite à travers des vêtemens et une morsure faite à nu, et des faits nombreux apprennent que la première est infiniment moins grave que la seconde. Enfin, les morsures les plus profondes, comme les plus légères, faites par des chiens non enragés, ne communiquent pas la rage: il y a donc autre chose que la nature de la plaie et l'irritation des nerfs de la partie, dans la production de cette maladie (1). Cette autre chose est-elle un *virus?* Nous n'en doutons aucunement, et nous pensons que la bave d'un animal enragé, inoculée à un autre animal, communique la rage à celui-ci, de la même manière que les liquides contenus dans les pustules de la petite-vérole et du vaccin communiquent ces affections. Mais nous ne croyons pas, avec la plupart des auteurs, que ce soit la salive qui acquière la propriété contagieuse. Cette propriété réside, selon nous, dans le liquide que renferment les pustules qui se développent à la face inférieure de la langue, et selon que la salive est ou n'est pas imprégnée de ce liquide, il y a ou il

(1) *Monographie sur la rage*, par A.-F.-C. de Saint-Martin, docteur en médecine, etc., 1826, in-8°.

n'y a pas contagion. Comme le virus vaccin, le virus lyssique n'a besoin que d'être inséré sous l'épiderme pour produire son action; une plaie considérable et qui saigne beaucoup peut en empêcher les effets, parce qu'il peut être entraîné par le sang. Comme le virus vaccin le virus lyssique a une période d'incubation; comme lui, il se développe spontanément chez certains animaux; comme lui, il trouve des individus réfractaires à son action; comme lui, il est visible, palpable, etc. : on ne peut donc pas nier davantage son existence que celle du vaccin; enfin, toutes les difficultés relatives à l'étiologie de la rage trouvent une solution facile par l'opinion que nous proposons.

L'existence du virus lyssique étant prouvée, il reste à examiner son mode d'action sur l'économie. Agit-il autrement qu'en enflammant les tissus? Le petit nombre de recherches bien faites d'anatomie pathologique que l'on possède sur la rage tendent toutes à démontrer que tel est le plus communément son mode d'action. En effet, toutes les altérations de tissu que l'on a trouvées sur les cadavres des hydrophobes sont des traces d'inflammation. Ainsi on a vu l'arachnoïde et la pie-mère encéphaliques et rachidiennes, rouges et fortement injectées, la substance du cerveau et de la moelle épinière ramollie ou laissant suinter de nombreuses gouttelettes de sang à la section; les plexus choroïdes des ventricules latéraux gorgés de sang; de la sérosité parfois sanguinolente dans les ventricules; les nerfs pneumo-gastriques et trisplanchniques d'un rouge vif dans une partie de leur étendue; la membrane muqueuse du pharynx fortement enflammée et couverte de mucosité, celle des voies aériennes, depuis la trachée jusque dans les principales ramifications des bronches, ou le parenchyme du poumon, enflammée et baignée d'une mucosité écumeuse (1), et enfin la membrane muqueuse gastro-intestinale également frappée d'inflammation dans une plus ou moins grande étendue. Presque toujours on trouve plusieurs de ces phlegmasies réunies chez le même individu; celles du système nerveux cérébro-rachidien sont presque constantes. Cependant, comme il est des cas où l'on ne trouve aucune trace de phlegmasie dans aucun organe, il faut en conclure que l'inflammation, lorsqu'elle existe, n'est que secondaire et subordonnée à la névrose qui constitue essentiellement la maladie. Quel est le siége principal de cette névrose? Si l'on en juge par les symptômes, il est probable qu'il réside dans la moelle allongée, le cordon rachidien, et le pharynx.

*Symptômes et marche.* Lorsqu'un individu a été mordu par un chien enragé, la plaie n'offre rien de particulier, et se cicatrise comme si elle eût été faite par un animal sain. Mais après trente ou quarante jours ordinairement, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, une douleur se fait sentir dans la cicatrice, qui se gonfle, devient rouge et livide, et s'ouvre même quelquefois. Dans ce dernier cas, elle laisse écouler de la sérosité roussâtre et ses bords se renversent. Il n'est pas rare de voir les symptômes de la rage se déclarer sans que les plaies aient présenté la plus légère douleur ni le moindre changement. L'intervalle qui sépare l'époque de la morsure de celle de l'irritation de la cicatrice ou du développement des symptômes hydrophobiques, a reçu des auteurs le nom de *période d'incubation.*

En même temps que la cicatrice devient ainsi douloureuse, des symptômes d'irritation de l'encéphale, de l'estomac et du cœur se manifestent. La tête est lourde, douloureuse et serrée à la région des tempes, le sommeil est banni ou troublé par des rêves; les sens et l'intelligence s'exaltent, le visage est plus animé, l'appétit se perd, et le pouls prend un peu de vivacité et d'élévation; le souvenir de la morsure et l'idée de la rage viennent épouvanter les malades; l'inquiétude et la tristesse s'en emparent; ils sont taciturnes, irascibles; ils recherchent la solitude et la fuient aussitôt; leurs réponses sont brusques et laconiques, la fatigue les accable, le sommeil fuit leurs paupières, l'œil d'abord brillant devient dur et hagard, le visage est sombre et porte l'empreinte de l'effroi; des frissonnemens, des soubresauts et de légers et rapides mouvemens convulsifs se déclarent; il survient des nausées et des vomissemens, et la soif s'allume. Tel est la *première période* dss auteurs.

C'est à partir de ce moment que les symptômes hydrophobiques commencent. A la vue des liquides, par la simple agitation de l'air, ou par l'effet d'une vive lumière, les malades sont pris d'un frissonnement involontaire; ils veulent cependant étancher la soif qui les dévore; mais à peine le liquide, dont la seule vue les fait frissonner, a-t-il touché les lèvres, qu'ils repoussent le vase avec horreur. Alors on voit de malheureux hydrophobes prendre une résolution forte saisir la coupe fatale avec une sorte de fureur, la porter rapidement à la bouche, et, nouveaux Tantales, ne pouvoir effleurer du bout des lèvres le liquide tant désiré. Aussitôt, et même avant le contact, ils rejettent le vase par un mouvement convulsif; leurs yeux deviennent brillans et hagards, une constriction forte leur serre la gorge; ils étouffent, et les muscles de la face, de la poitrine et des membres sont agités par de violentes convulsions. Ces accès ne durent d'abord que quelques secondes; mais ils se prolongent de plus en plus et se renouvellent bientôt non-seulement à la vue des boissons, mais encore par le seul bruit de la chute de l'eau, par la vue de tous les corps polis et transparens, par les sons aigus, la lumière intense et les douleurs vives. Souvent les malades poussent des cris, frissonnent et se plaignent que l'air va les étouffer, aussitôt qu'on y produit un léger ébranlement, soit en ouvrant une porte ou une fenêtre, soit en approchant de leur lit. Quelquefois il y a des momens de relâche pendant lesquels l'hydrophobe peut étancher sa soif; mais au bout de quelques heures tous les phénomènes morbides se raniment, et les convulsions sont alors plus violentes et de plus longue durée. Cette série de symptômes constitue ce que les auteurs appellent *seconde période* de la rage.

Bientôt tous les symptômes précédens s'aggravent rapidement; le pouls est fort, le visage rouge

(1) Trolliet, *Nouveau traité de la rage*; et *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XLVII, article Rage, par MM. Villermé et Trolliet.

et animé, et les yeux enflammés et étincelans dans l'intervalle des accès. Pendant leur durée, le pouls est faible et serré, l'état convulsif, général; les yeux sont égarés, menaçans, fixes, ou continuellement agités; une bave écumeuse couvre la bouche, le malade la repousse, et la crache même quelquefois au visage des personnes qui l'entourent; sa figure exprime à la fois la crainte et la fureur; il délire, grince des dents, et quelquefois il cherche à mordre, et pousse des cris affreux et des hurlemens. Souvent il éprouve une douleur très-vive le long du rachis, et un priapisme violent avec ou sans éjaculation. Dans les instans de rémission, l'hydrophobe déplore son état, il témoigne avec une profonde sensibilité sa vive reconnaissance pour les soins qu'on lui prodigue, et demande pardon de ses fureurs. Mais bientôt, sentant les approches d'une nouvelle attaque, il avertit ceux qui l'entourent de son désir de mordre, et les invite à l'attacher, puis à se retirer. Enfin le pouls devient faible; petit, inégal, intermittent, insensible; la respiration est de plus en plus difficile, les vomissemens sont presque continuels; il survient du hoquet; une sueur froide et visqueuse couvre le corps, et le malade succombe au milieu des convulsions ou dans un moment de calme.

Les symptômes que nous venons de tracer ne se présentent pas tous réunis, ni dans le même ordre, ni avec la même intensité chez tous les hydrophobes: le seul constant, c'est l'horreur des liquides; et quelques malades parviennent à le surmonter. Le délire est rare, et l'on conçoit combien la conservation de l'intelligence doit rendre la situation du malade plus horrible. Quant à leur marche, elle est très-variable. Ainsi ils peuvent se déclarer quelques heures ou quelques jours après la morsure; cela arrive surtout lorsque le malade est en proie à un vif sentiment de terreur. On les a vus ne se déclarer que plusieurs mois et même plusieurs années après l'accident: presque toujours alors, c'est le souvenir du danger que l'on a couru qui fait naître la maladie. Lorsque la rage n'a pas été communiquée, son invasion est presque toujours brusque; il n'y a ni période d'incubation, ni symptômes de la première période.

*Durée, terminaisons et pronostic.* La durée de la rage est rarement de plus de cinq jours. La mort a lieu quelquefois dans les vingt-quatre heures, mais le plus ordinairement elle survient au troisième jour. On lit dans les auteurs (Andry, Lister, Van-Swieten) des exemples d'hydrophobie intermittente; mais ces faits sont excessivement rares: elle est presque constamment mortelle; il n'existe qu'un petit nombre d'exemples de guérison.

*Traitement.* Aussitôt que l'on est appelé auprès d'une personne qui vient d'être mordue par un animal enragé, il faut en toute hâte cautériser les plaies, dans le but de détruire localement le virus avant qu'il soit absorbé. La plupart des auteurs conseillent cependant, avant de procéder à la cautérisation, de provoquer la sortie du virus par des lotions abondantes, faites avec de l'eau froide ou tiède, simple ou salée, vinaigrée, savonneuse, tenant de la potasse en dissolution, etc., précédées, si les plaies sont profondes, par des incisions qui mettent à découvert tout le trajet de la dent, et immédiatement suivies de l'application d'une ventouse sur chaque morsure. Ces moyens sont certainement très-utiles; mais il faut perdre le moins de temps possible dans leur emploi, afin de ne pas apporter de retard dans la cautérisation. On pratique celle-ci, soit avec le feu, soit avec les caustiques, tels que les acides minéraux concentrés, la pierre à cautère, la lessive des savonniers, le fluate de potasse, le nitrate d'argent fondu, le deutoxyde de mercure, l'ammoniaque liquide, le deuto-chlorure d'antimoine. Quand les plaies sont peu profondes, qu'elles ne sont pas placées sur des vaisseaux considérables ou de gros troncs nerveux, et que le malade veut y consentir, le cautère actuel est toujours à préférer. Pour l'appliquer avec succès, le fer doit avoir une forme telle qu'il puisse pénétrer aisément jusqu'au fond de la plaie; il doit être rougi à blanc; il ne faut pas hésiter à le porter plusieurs fois de suite, si l'on craint que quelque partie contagiée n'ait échappé à son action; et, à cet effet, on doit en avoir plusieurs tout prêts. Les auteurs recommandent de le faire agir jusqu'à ce que la plaie soit bien desséchée, et que l'escharre s'étende à une ligne de ses limites dans tous les sens. On a recours au contraire aux caustiques, lorsque les plaies sont profondes ou sinueuses, ou placées sur le crâne, sur les mains, autour des articulations, sur le trajet de grosses artères et des nerfs volumineux, et enfin lorsque les malades redoutent l'application du feu. C'est le deuto-chlorure d'antimoine que l'on emploie ordinairement. On en imbibe un tampon de charpie bien serré, que l'on introduit dans la plaie, préalablement abstergée et desséchée; on l'entoure d'autres bourdonnets de charpie sèche pour préserver les parties voisines, et on maintient le tout par un emplâtre agglutinatif ou un bandage convenable (1). Lorsqu'on se sert d'un caustique solide, on en place un morceau plus ou moins volumineux dans la plaie, et on le maintient comme il vient d'être dit. Dans le cas où une artère est à nu au fond de la plaie, il faut la préserver avec soin de l'action du caustique, en la recouvrant de charpie imbibée d'eau froide; on peut cependant, si elle n'est pas complètement dénudée, la saupoudrer de cantharides en poudre fine, afin d'y exciter de l'inflammation et de la suppuration. Plusieurs médecins, avant d'appliquer le feu ou le caustique, enlèvent avec le bistouri les parties mordues. N'est-ce pas multiplier un peu trop les opérations, sans augmenter peut-être les chances de guérison? Il est vrai que, pour prévenir une maladie aussi grave, on n'est jamais coupable d'accumuler les précautions. Mais l'excision, ou plutôt l'amputation, sont généralement conseillées lorsqu'un ou deux doigts, le bout de l'oreille, du nez, etc., ont été mordus: il faut, sans hésiter, retrancher ces parties; c'est le plus sûr moyen d'empêcher la propagation du virus. Si même l'avant-bras ou le bras, une jambe ou la cuisse, étaient considérablement dilacérés, on devrait en pratiquer l'amputation sur-le-champ.

(1) *Méthode de traiter les morsures des animaux enragés et de la vipère*, par MM. Enaux et Chaussier. Dijon, 1785.

Au bout de six heures, ordinairement, on lève le premier appareil, on examine les plaies, et on réapplique les caustiques ou le feu, si on le juge convenable; sinon, on recouvre l'escharre d'un vésicatoire plus large qu'elle (Enaux et Chaussier), et, dans les pansemens subséquens, on excite la suppuration par des onguens irritans. Nous répétons ce conseil d'après les auteurs; mais nous doutons qu'il y ait le moindre avantage à faire ainsi suppurer les plaies.

Nous avons dit que tous ces moyens, pour être préservatifs, devaient être employés dès les premiers instans de la morsure, tous les médecins sont d'accord sur ce point; mais quelques uns pensent que tant que la rage n'est pas déclarée, il ne faut pas perdre l'espérance de la prévenir, et qu'on doit cautériser à toutes les époques de la maladie. Nous ignorons jusqu'à quel point cette opinion est fondée. Quoi qu'il en soit, c'est à peu près aux seuls moyens que nous venons d'exposer, que se réduit le traitement préservatif de la rage: ce sont les seuls du moins que l'on regarde généralement comme efficaces. On en a conseillé et vanté un très-grand nombre d'autres, dont voici les principaux: saignées, bains de mer, frictions mercurielles, ammoniaque liquide à l'extérieur, lotions avec la dissolution de chlore, poudre d'*anagallis arvensis*, belladone; antispasmodiques de toutes espèces, émétiques, purgatifs, boissons acidules, etc., etc. On compte plus de trois cents médicamens qui ont été vantés contre cette affection. Mais, disent MM. Enaux et Chaussier, tous les remèdes internes, vantés comme des spécifiques, et donnés aveuglément pour détruire ou chasser un reste de venin, sont au moins inutiles, et ne méritent aucune confiance.

On commence à concevoir l'espérance de pouvoir prévenir le développement de la rage par des moyens beaucoup plus sûrs que tous ceux que nous avons précédemment exposés. Il résulte d'observations faites de temps immémorial, en Russie et en Grèce, et vérifiées par les docteurs Salvatori (1) et Marochetti (2), et par d'autres médecins en Allemagne et en France, que, chez presque tous les individus qui ont été mordus par un animal enragé, il se développe, ainsi que nous l'avons déjà dit, auprès du frein de la langue, du troisième au neuvième jour ordinairement après la morsure, des pustules blanchâtres qui s'ouvrent spontanément vers le treizième jour. Dès l'instant qu'un individu a été mordu, il faut examiner sa langue tous les jours pendant six semaines, et aussitôt que les pustules paraissent, les ouvrir et les cautériser promptement, et faire gargariser le malade avec de l'eau salée ou avec une décoction de genêt. Tout malade soumis à ce traitement est infailliblement préservé. Si l'on tarde vingt-quatre heures à pratiquer cette petite opération, le virus est absorbé, et le malade succombe. Lorsque pendant les six semaines, on n'a pas vu paraître de pustules, il n'y a rien à craindre. M. Marochetti conseille de faire boire tous les jours aux malades une livre et demie de décoction de genêt, ou de leur en donner quatre gros en poudre dans la journée. La cautérisation des boutons est sans doute le point important de ce traitement, et la tisane est à peu près indifférente. Faisons des vœux pour que ces faits se confirment bientôt, et que l'humanité cesse de redouter la plus horrible des maladies.

Enfin MM. Semmola et Schnœberd disent avoir traité la rage par le chlore avec succès. La manière d'employer ce médicament est la suivante: on lave les morsures le plus promptement possible avec du chlore étendu d'eau, et on les recouvre ensuite avec de la charpie imprégnée de la même dissolution; on répète ces pansemens deux fois par jour jusqu'à complète cicatrisation. Il est inutile cependant de la continuer après le cinquantième jour, le malade étant alors à l'abri, disent les auteurs, de tout accident. On administre en même temps du chlore à l'entérieur, depuis la dose de deux gros jusqu'à celle d'une once par jour dans de l'eau sucrée. Si les plaies étaient déjà cicatrisées lorsque l'on est appelé, il faudrait les cautériser avec le beurre d'antimoine, et ne commencer le traitement par le chlore qu'après la chute des escharres (1).

Lorsque enfin les symptômes de la rage se sont déclarés, que la maladie ait été communiquée ou qu'elle se soit développée spontanément, elle est presque toujours mortelle.

Les auteurs conseillent alors une foule de moyens, tels que la racine de plantain d'eau, le vinaigre, le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, le camphre, l'ammoniaque liquide, l'immersion dans l'eau froide, les aspersions de même nature, la morsure de la vipère, la saignée, etc.; mais, parmi ces moyens, le seul qui paraisse mériter quelque confiance, celui qui a procuré le plus grand nombre de guérisons, c'est la saignée. Boerhaave, qui regardait la rage comme une maladie inflammatoire, conseille de saigner jusqu'à défaillance. En lisant les observations d'hydrophobie publiées par les auteurs, on remarque que les malades qui ont été saignés ont presque toujours pu boire immédiatement après l'émission sanguine; il est donc permis de croire que l'on obtiendrait un plus grand nombre de cures, si l'on revenait à ce moyen chaque fois que les symptômes paraîtraient reprendre leur intensité première. Quelques faits même viennent à l'appui de cette opinion, et nous agirions ainsi si nous avions à traiter des hydrophobes. Il serait peut-être avantageux de recourir en même temps aux saignées locales pratiquées à la fois derrière les oreilles, au cou, à l'épigastre, en un mot, auprès de tous les foyers de l'irritation. Nous nous demandons toutefois, si la présence probable du virus sur les parties qu'il a irritées ne rendrait pas inutiles, dans beaucoup de cas, les saignées les plus abondantes. Ne serait-ce pas à cette cause qu'il faudrait attribuer l'insuccès de cette médication dans plusieurs circonstances, autant qu'à la trop grande timidité des médecins dans son emploi?

M. Magendie pense que l'injection de l'eau dans

(1) *Journal universel des sciences médicales*, tome XV, page 373,

(2) *Idem*, tome XXIV, prge 115.

(1) *Bulletin des sciences médicales*, juillet 1828.

les veines serait très-avantageuse ; nous l'avons faite trois fois sans succès. Nous croyons avoir fait avorter une hydrophobie commençante en provoquant des sueurs excessives.

### De la névralgie.

Nous avons décrit sous le nom de névrite l'inflammation des nerfs, et nous avons cherché à établir alors les caractères qui la distinguent de la névrose des mêmes parties ; il nous reste maintenant à tracer l'histoire de cette dernière névrose très-douloureuse des cordons nerveux : sa place naturelle est bien, parmi les névroses du système nerveux, au nombre de celles du sentiment. C'est cette affection que le savant et vénérable professeur Chaussier a si bien décrite dans une de ses tables synoptiques, sous le nom de *névralgie*. Elle prend différentes épithètes suivant le cordon nerveux qu'elle affecte : elle y présente aussi quelques symptômes particuliers, mais les causes et le traitement n'offrant que des différences légères, nous n'avons pas cru devoir consacrer un article séparé à chacune des espèces que l'on a admises. La névralgie est le plus ordinairement aiguë, presque toujours intermittente ; on l'observe quelquefois sous forme chronique.

*Causes.* Elles sont souvent très-obscures, et beaucoup de névralgies surviennent sans que l'on sache à quelles causes les attribuer. Les enfans en sont rarement affectés, et les femmes ne paraissent pas y être plus exposées que les hommes. Cependant la plupart des individus sur lesquels on l'observe sont secs, maigres, et nerveux. Le froid, surtout humide, en est souvent la cause évidente; c'est même la plus commune de toutes. C'est ainsi qu'on la voit naître, sous l'influence d'un courant d'air vif, agissant sur une partie circonscrite, et surtout lorsque le reste du corps est échauffé ; par l'effet des vêtemens mouillés, d'une pluie abondante à laquelle on reste exposé dans une saison froide ; par l'immersion prolongée et habituelle d'une partie du corps dans l'eau ; par le contact d'un sol humide sur lequel on est forcé de se livrer au sommeil, et par toutes les vicissitudes atmosphériques. Elle est quelquefois la suite de la contusion d'un nerf, ou de sa piqûre, après la saignée, par exemple, et principalement de sa dilacération ou de sa section incomplète. On l'observe après quelques plaies d'armes à feu qui ont intéressé un tronc nerveux, ou lorsque des esquilles sont restées dans la blessure et irritent le nerf par leur présence. Mais ces dernières causes produisent bien plus fréquemment l'inflammation des cordons nerveux que leur névrose. Enfin, de même que toutes les autres irritations, elle succède quelquefois à la disparition d'une phlegmasie, et principalement de celles des articulations, ou à la suppression d'une hémorrhagie ou d'une sécrétion habituelle.

*Symptômes.* La névralgie affecte le plus communément des nerfs superficiels : cela dépend-il de ce que ces nerfs sont plus exposés à l'action des causes? il est naturel de le penser. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes communs à toutes les névralgies : une douleur vive très-aiguë, dont l'invasion est presque toujours subite, se manifeste dans une partie; elle est ordinairement lancinante ou brûlante, et quelquefois l'une et l'autre à la fois ; il semble, dit le malade, que ce soient des aiguilles rougies au feu qui traversent le lieu affecté ; parfois elle s'accompagne d'une sensation de torpeur ou de fourmillement; plus rarement de pulsations, de pincemens ou de picotemens. Mais un caractère qui ne permet pas d'en méconnaître le siége, c'est qu'à partir du point où elle débute, elle se propage tout le long du trajet du nerf sans se faire sentir dans les autres parties; elle en suit les ramifications, et les dessine, pour ainsi dire, en traits de feu. Dans quelques cas, assez rares, elle part des ramifications, et remonte au tronc principal. Quand elle est lancinante, les élancemens et l'irradiation sont presque toujours rapides comme l'étincelle électrique. Un second caractère, mais qui n'est pas aussi constant que le précédent, consiste dans l'agitation, le spasme, les convulsions ou les contractions involontaires de tous les muscles auxquels le nerf enflammé se distribue. Presque toujours aussi des urines claires et limpides sont rendues immédiatement après l'accès. Rarement la douleur est accompagnée de rougeur, de tuméfaction et d'augmentation de température de la peau; et lorsque par hasard quelques uns de ces phénomènes existent, ils sont toujours très-peu marqués. L'invasion, avons-nous dit, en est presque toujours subite et imprévue; quelquefois cependant un frisson général ou une sensation locale de froid, ou bien encore des douleurs épigastriques, la précèdent : elle disparaît ordinairement tout à coup. Enfin, elle revient à des intervalles plus ou moins éloignés, irréguliers dans le plus grand nombre des cas, mais quelquefois périodiques. Il suffit souvent de la cause la plus légère pour en renouveler les accès; le mouvement de la partie, une affection morale un peu vive, un excès d'alimens ou de boissons spiritueuses, la rappellent.

Si les accès de névralgie sont fréquens, s'ils sont intenses, et si l'on n'y porte bientôt remède, les organes intérieurs, et principalement le cœur et les voies digestives, ne tardent pas à prendre part au désordre; le pouls s'accélère, l'appétit diminue et finit par disparaître ; la soif s'allume, les digestions deviennent de plus en plus difficiles, des vomissemens ou la diarrhée se déclarent, la peau est sèche et chaude, et l'amaigrissement fait des progrès rapides. En même temps, la partie qui est le siége des douleurs s'atrophie, les muscles, qui n'éprouvaient de convulsions que pendant les accès, sont continuellement agités par des mouvemens désordonnés; enfin le malade privé du sommeil par la violence des douleurs, impatient, irascible à l'excès, fatigué de la vie, épuisé par ses souffrances et par l'irritation chronique des voies gastriques, succombe dans un état d'émaciation extrême.

Tels sont les symptômes communs à toutes les névralgies. Ces névroses se terminent rarement d'une manière aussi funeste que nous venons de le dire ; ordinairement l'art en obtient la guérison, ou bien elle a lieu spontanément, ou enfin les douleurs sont tolérables, les accès éloignés, et la

vie du malade n'en est point compromise. La guérison spontanée s'opère quelquefois par une hémorrhagie, une éruption cutanée ou le retour d'une phlegmasie articulaire qui avait disparu ; mais très-souvent la névralgie cesse de se reproduire sans que l'on aperçoive la cause de sa disparition : en général sa durée est très-longue.

*Névralgie faciale.* C'est celle qui a son siége dans le nerf facial : elle a été désignée par différens noms ; mais elle est le plus généralement connue sous celui de *tic douloureux*. On la divise en *frontale*, *sous-orbitaire* et *maxillaire* La première ( *névralgie frontale*, *orbi-frontale*, *ophthalmodynie* ) est la névralgie de la branche orbito-frontale du nerf tri-facial. Dans cette névrose, la douleur commence ordinairement au trou sourcilier, d'où elle se propage au front, à la paupière supérieure, au sourcil, à la caroncule lacrymale, à l'angle interne des paupières, et quelquefois à tout le côté de la face par les anastomoses. Pendant l'accès, la paupière est ordinairement fermée et l'œil douloureux, les artères environnantes battent avec force, et parfois quelques larmes âcres et brûlantes coulent sur la joue. Quelquefois l'œil rougit, et souvent la fosse nasale correspondante est sèche et irritée. Cette névralgie est une des plus fréquentes. La seconde ( *névralgie sous-orbitaire*, *prosopalgie*, etc. ) occupe la branche sous-maxillaire du nerf tri-facial. Son invasion est quelquefois lente et précédée par du chatouillement, de la démangeaison, du fourmillement, et quelquefois d'une congestion sanguine vers la partie; dans quelques cas, ce sont des douleurs épigastriques ou de la gêne dans la respiration qui ouvrent la scène. Le plus ordinairement elle débute brusquement ; la douleur part du trou sous-orbitaire, et se propage vers la paupière inférieure, l'apophyse zygomatique, l'aile du nez, la lèvre inférieure, et quelquefois jusqu'aux dents, au sinus maxillaire, au palais, et à la base de la langue. Elle s'accompagne parfois, surtout lorsque la durée des accès se prolonge, de rougeur de tuméfaction et de chaleur de la joue affectée. Nous ne parlons pas des mouvemens spasmodiques des muscles, puisqu'ils sont communs à presque toutes les névralgies. Il suffit souvent du plus léger mouvement de mastication pour éveiller la douleur. Ses phénomènes sympathiques sont ceux de toutes les névralgies. M. Chaussier admet plusieurs variétés de cette névrose, qu'il appelle *sous orbito-nasale*, *labiale*, *palpébrale*, *dentaire*, *périodique*, et *atypique*. Enfin la névralgie maxillaire (*tic douloureux*) a son siége dans la branche maxillaire inférieure du nerf tri-facial. La douleur se fait sentir d'abord au trou mentonnier, d'où elle se communique aux lèvres, aux alvéoles, aux dents, aux tempes, sous le menton et sur les parties latérales de la langue. Elle s'étend parfois à toute la joue et jusqu'à l'oreille externe. Pendant tout le temps de sa durée, les muscles sourciliers et orbiculaires sont fortement contractés, les commissures des lèvres sont rétractées en arrière et en haut, ce qui donne à la bouche l'expression du rire sardonique. Tantôt la mâchoire inférieure est d'une raideur tétanique, et tantôt elle est entraînée par les contractions irrégulières des muscles. Il est quelquefois très-difficile de distinguer cette névrose d'une violente odontalgie.

*Névralgie de l'oreille.* M. Itard, décrit sous le nom d'*otalgie*, une maladie qui paraît être la névrose de la corde du tambour ou du nerf acoustique (1). Voici les caractères que ce médecin lui assigne. Elle se manifeste subitement, ou bien elle succède à l'odontalgie ou à des douleurs rhumatismales vagues, et, dans tous les cas, elle n'augmente pas progressivement comme la douleur de l'otite ; elle acquiert au contraire en peu d'instans toute son intensité : on n'aperçoit ni rougeur ni gonflement dans le conduit auditif externe, et la membrane conserve toute sa transparence. Quand cette douleur est très-vive, les yeux sont rouges, et des irradiations douloureuses se font sentir sur la tempe et la joue. Ce symptôme nous paraît démontrer la nature et le siége que nous lui assignons ; et si nous ajoutons qu'elle accompagne quelquefois la névralgie faciale, et que très-souvent elle disparaît tout à coup pour se faire sentir dans quelque autre partie de la tête, cela ne paraîtra probablement plus douteux. Elle est ordinairement accompagnée de tintemens d'oreille et de surdité momentanée. M. Itard ne l'a jamais vue produire le délire ni les convulsions. Il ne faut pas confondre cette névrose avec la douleur d'oreille qui accompagne quelquefois l'odontalgie dépendante de la carie d'une dent, ni avec celle que provoque la présence d'un corps étranger ou une tumeur dans le conduit auditif externe, ou qu'excite sympathiquement l'inflammation des amygdales, etc. Ce n'est plus alors qu'un symptôme.

*Névralgie fémoro-poplitée.* Cette névrose à son siége dans le nerf fémoro-poplité ou sciatique. Elle a reçu les noms de *sciatique*, *rhumatisme*, *ischias nervosa postica*, *névralgie fémoro-poplitée*. Elle est assez fréquente ; on l'observe principalement chez les individus d'un âge mûr, et surtout chez ceux qui sont sujets aux phlegmasies musculaires et articulaires ; chez les anciens militaires et tous les individus qui sont exposés aux vicissitudes atmosphériques, et sont obligés de coucher de temps en temps sur la terre froide et humide. La douleur part ordinairement de l'échancrure ischiatique, suit le trajet du nerf sciatique à la partie postérieure de la cuisse jusqu'au jarret, et s'étend quelquefois à un des nerfs poplités ou à tous les deux. Un frisson la précède quelquefois ; elle est aiguë, déchirante, rapide, quelquefois accompagnée de rétraction du membre ou de mouvemens convulsifs, et se manifeste ordinairement le soir ou pendant la nuit. Il suffit souvent des approches d'un changement de temps, d'un mouvement de colère, du moindre exercice ou de la chaleur du lit pour la réveiller. Elle n'est pas toujours aussi vive que nous venons de le dire ; et, dans l'état chronique, elle ne consiste souvent que dans un simple engourdissement douloureux de la cuisse, et ne se fait sentir plus aiguë que lorsque le ma-

(1) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, par M. Itard, etc. Cet ouvrage est certainement une des meilleures monographies qui aient été publiées depuis long-temps. Aussi, dans tout ce que nous dirons par la suite sur les maladies de l'appareil auditif, nous ne ferons, pour ainsi dire, que reproduire les opinions de ce médecin.

lade veut exécuter un mouvement. A la longue, cette névrose laisse dans le membre un état de faiblesse ou un tremblement continuel, et dans quelques cas elle finit par en déterminer la paralysie et l'amaigrissement. Les phénomènes sympathiques qui l'accompagnent sont ceux que nous avons indiqués dans les névralgies précédentes.

Il existe encore un assez grand nombre de névralgies, c'est-à-dire que l'on a observé la névrose dans presque tous les troncs nerveux. Ce serait s'exposer à des répétitions sans fin, que de vouloir décrire séparément chacune de ces maladies. Nous nous bornerons donc à indiquer celles qui ont été bien observées. Ainsi Siebold l'a vue fixée sur un nerf intercostal (*névralgie intercostale*); M. Chaussier l'a observée dans le rameau de la première paire lombaire, qui, longeant les muscles psoas et iliaque, se rend au scrotum (*névralgie iléo-scrotale*); M. Jadelot, dans la branche postérieure de la première paire lombaire (*névralgie lombaire*); M. Barras, sur le nerf spermatique *névralgie spermatique*); Cotugno, Chaussier et d'autres observateurs, dans le nerf crural antérieur (*névralgie crurale*, *fémoro-pré-tibiale*, *sciatique antérieure*); Chaussier, dans le nerf plantaire (*névralgie plantaire*.) Enfin, le savant professeur que nous venons de citer appelle *anormales* les névralgies qui ont leur siége dans des filets nerveux très-petits, lesquelles surviennent quelquefois à la suite de la piqûre d'une lancette ou de tout autre corps aigu, ou après certaines contusions sur les os du crâne, du sternum et toutes les parties osseusses recouvertes seulement par la peau. Il désigne encore sous ce nom, des tubercules ronds, oblongs ou aplatis, durs comme des cartilages, blancs ou bruns, souvent mobiles et quelquefois adhérens, variables en grosseur depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une fève, souvent entourés d'une membrane fibreuse, et développés dans l'intérieur ou autour des cordons nerveux, aux malléoles, ou au dos, au genou, sur le trajet du nerf radio-cutané, etc. Ces tubercules causent toujours des douleurs très-vives, surtout au contact; quelquefois cette douleur reste locale; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle se propage suivant le trajet du nerf affecté, comme dans les névralgies précédentes.

La plupart de ces névralgies, et principalement celles des membres, peuvent exister à l'état chronique : la douleur en est alors le seul symptôme. Elle est parfois circonscrite dans un assez petit espace, ou bien elle s'étend le long d'un cordon nerveux : elle est tantôt fixe et tantôt mobile; tous les changemens de température la réveillent; mais c'est principalement aux approches des orages qu'elle se fait sentir. Presque toujours intermittente et très-irrégulière, elle laisse souvent les malades en paix pendant toute une saison et même plus long-temps. On désigne en général cette irritation sous la dénomination impropre de *rhumatisme nerveux*.

*Traitement.* Le nombre et la variété des moyens qui ont été employés contre cette névrose sont vraiment effrayans. Il en est toujours ainsi dans toute maladie longue, rebelle, et dont la nature est restée long-temps inconnue. C'est une vérité dont nous aurons de nombreuses occasions de nous convaincre dans tout le cours de cet ouvrage. Nous ne les indiquerons pas tous; nous nous bornerons à parler de ceux qui ont été le plus fréquemment suivis de succès, en commençant par les plus rationnels.

Les saignées générales, dans quelques névralgies fémoro-poplitées intenses, ont été suivies de succès. Mais dans cette névralgie, comme dans toutes les autres, les saignées locales ont procuré un plus grand nombre de guérisons; il faut convenir toutefois qu'elles échouent assez fréquemment et que quelquefois même elles exaspèrent la douleur. On les pratique sur le point de départ de la douleur et sur le trajet du nerf. Il faut y avoir recours pendant les accès, et insister sur leur emploi si on s'aperçoit qu'elles soulagent. On peut les seconder par l'application de cataplasmes émolliens et narcotiques, de farine de graine de lin, de tête de pavot, de belladone, de morelle, de douce amère, etc.; par les frictions avec le laudanum liquide, l'huile opiacée et camphrée, le baume tranquille, le baume nerval, les fomentations froides, les applications de glace, etc.; mais il est préférable de les employer seules au début. Ces derniers moyens ont quelquefois suffi, sans le secours des saignées locales, pour guérir des névralgies. Les révulsifs ont aussi été employés avec succès. Les vésicatoires ont surtout été singulièrement vantés par Cotugno. Ce médecin conseille de les appliquer aux endroits où le nerf est recouvert par la moindre épaisseur de parties molles, et de les faire suppurer long-temps. Nous les avons employés avec succès au début de plusieurs névralgies du tronc et des membres, en les plaçant sur le point de départ de la douleur. M. Arloing, médecin de Nevers des plus distingués, a publié un Mémoire très-bien fait dans lequel les avantages de ces révulsifs sont mis dans tout leur jour (1). Ils sont aussi très-utiles dans les névralgies chroniques ou *rhumatisme nerveux* des auteurs; mais en général ces affections sont très-rebelles.

Quelques faits tendent à nous faire croire que l'acupuncture est un moyen plus puissant qu'on ne le pense généralement, et serait de quelque efficacité contre ces névroses. On n'a guère recours aux cautères et aux moxas que dans les névralgies très-anciennes, et principalement celles du nerf sciatique. Les bains de vapeur, simples ou aromatiques, sont un moyen souvent très-efficace contre cette dernière névrose : on l'a guérie quelquefois aussi par les douches et les bains de sable chaud.

Mais le traitement extérieur ne se borne pas à ces seuls moyens rationnels; il se compose parfois de moyens tout-à-fait empiriques, tels que les linimens volatils, les frictions avec la teinture des cantharides, l'onguent mercuriel, les plaques d'acier aimanté, et l'électricité. On ne doit recourir à ces derniers agens qu'après s'être assuré de l'impuissance des premiers, et encore peut-être vaudrait-il mieux s'en abstenir, car ils aggravent très-souvent le mal qu'ils sont appelés à détruire.

(1) *Journal de Médecine*, mars 1827.

Le traitement interne a presque toujours pour base des médicamens antispasmodiques, tels que la fleur ou feuille d'oranger en infusion ou en poudre, la racine de valériane, l'éther, le castoréum, le musc, l'assa-fœtida, l'oxyde de zinc, la jusquiame, l'opium, etc. Les pilules de Méglin, qui comptent de nombreux succès dans la névralgie faciale, contiennent un grain d'extrait de jusquiame noire, un de poudre de racine de valériane sauvage, et un d'oxide de zinc. Le carbonate de fer, à la dose de vingt-quatre à quarante-huit grains par jour, est un des moyens les plus efficaces; c'est celui que nous préférons : nous l'avons rarement trouvé infidèle. Quand la névralgie est régulièrement périodique, on la combat avec succès par le sulfate de quinine ou la poudre de fausse angusture. Dans ces derniers temps, M. Martinet (1) a rappelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'essence de térébentine à l'intérieur, que Cheyne, Hume et M. Récamier avaient préconnisée contre les névralgies des membres, et principalement contre celle du nerf sciatique. Ce médicament, dont le mode d'action dans ce cas, n'est pas bien connu, nous a paru jouir d'une assez grande efficacité contre ces névroses.

M. Itard conseille, contre la névralgie de l'oreille, de faire éponger la tête avec de l'eau chaude, pendant un quart d'heure, puis de la faire frotter avec des flanelles chaudes jusqu'à ce que la dessication soit complète, et ensuite de la recouvrir avec une autre flanelle sèche et chaude, ou avec une calotte de taffetas gommé. Lorsque les cheveux sont longs, ce moyen ne peut pas être employé : M. Itard le remplace alors par l'application, sur la région temporale et la joue, d'un cataplasme entre deux linges, fait avec des tiges de verveine écrasées, cuites dans du lait, et liées par de la farine de graine de lin. Il seconde l'un ou l'autre de ces moyens, en mettant dans une fiole à médecine trois gros de liqueur minérale anodine d'Hoffman et une demi-once d'eau, plongeant cette fiole dans un vase qui contient de l'eau chaude, et dirigeant la vapeur qui s'en dégage, dans le conduit auditif, par le moyen du goulot. Un emplâtre de savon noir, de la grandeur d'un petit écu, ou un petit vésicatoire, ou un emplâtre dont l'opium fait la base, appliqué à la tempe ou sur l'apophyse mastoïde, sont également très-efficaces. L'opium, introduit dans l'oreille est souvent très-dangereux; il vaut mieux ne pas l'employer ainsi. Enfin, on peut joindre à ces moyens quelques injections d'eau tiède ou de décoction de graine de lin, à laquelle on ajoute quelques gouttes de baume tranquille; et si tout cela est insuffisant, on administre à l'intérieur tous les calmans connus. Le bain général n'est d'aucun secours.

On fait quelquefois cesser très-promptement les douleurs de la névralgie maxillaire, en plaçant quelques grains de camphre entre les dents.

Lorsque tous ces moyens ont échoué, il ne reste d'autre parti à prendre que de couper le nerf irrité, au dessus ou le plus près possible du point de départ de la douleur, ou bien de le cautériser dans ce même endroit, à l'aide du fer rouge ou de la pierre à cautère. Ces deux opérations ne peuvent pas être pratiquées sur le nerf fémoro-poplité.

(1) *Mémoire sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans la sciatique et quelques autres névralgies des membres.* Paris. 1824.

### *Névroses de l'intelligence.*

#### Du cauchemar.

Le cauchemar paraît n'être autre chose qu'un rêve pénible, avec sentiment d'un poids sur la poitrine, gêne de la respiration, et l'idée de l'impossibilité de parler et de se mouvoir. Ordinairement le malade croit voir dans son sommeil un monstre, un gros chat, un chien, ou une vieille femme hideuse, posés sur sa poitrine, et l'empêchant de respirer. Les jeunes filles rêvent quelquefois qu'un homme les serre dans ses bras pour les exciter au plaisir (*incube*); les jeunes garçons au contraire se croient étreints dans les bras d'une jeune fille (*succube*). Pendant tout le temps que dure le rêve, qui est en général fort court, la respiration est souvent tremblante, plantive et étouffée. Aussitôt que le malade parvient à faire le plus léger mouvement, son rêve s'évanouit, et tantôt il se réveille couvert de sueur, sanglotant, effrayé, avec des palpitations, de l'anxiété, de la pesanteur de tête, et une fatigue générale, et tantôt dégagé immédiatement de toute sensation pénible.

Nous ne connaissions aucun exemple de cauchemar survenu pendant la veille, lorsque nous en avons lu un fait remarquable, rapporté par M. Boisseau, dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*. Nous le transcrivons textuellement. « Le sujet qui en est affecté éprouve d'abord, pendant la nuit, tous les symptômes que nous avons décrits: ils cessent; mais pendant un, deux ou trois des jours suivans, à l'instant où il fixe une personne, ou bien pendant qu'il mange, il *voit*, au lieu de cette personne, l'*être* fantastique dont l'image l'a tourmenté pendant la nuit; il éprouve un sentiment de malaise qui se peint sur ses traits profondément décomposés; sa respiration s'accélère et devient gênée; il exécute des mouvemens de déglutition, comme lorsqu'on éprouve un sentiment de strangulation par la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. S'il parlait au moment où la *vision* lui apparaît, il se tait ou parle avec difficulté, avec distraction, comme un homme frappé subitement d'un souvenir effrayant ou de la vue d'un objet qui inspire la crainte. »

Les enfans, les femmes et les vieillards sont plus sujets au cauchemar que les adultes et les hommes. Une grande irritabilité du système nerveux y prédispose; son retour fréquent suppose nécessairement un état d'excitation morbide du cerveau. Suivant M. Esquirol, il est souvent le symptôme précurseur de la manie et des autres genres de folie. Les contes avec lesquels on effraie les enfans, les terreurs religieuses, les chagrins profonds et les écarts de régime sont des causes fréquentes de cauchemar. Il est très-souvent produit par la plénitude de l'estomac, et souvent aussi par une gêne réelle de la respiration, produite par une maladie du cœur, ou l'asthme, l'hydrothorax, l'hydropéricarde, etc. (voyez ces maladies), gêne augmentée pendant le sommeil, par une position inaccoutumée

qu'a prise le malade, et surtout par le coucher sur le dos, la tête étant peu élevée. Dans ces cas, le cerveau perçoit douloureusement l'état de malaise des organes affectés; et cette sensation n'étant pas assez forte pour causer un réveil subit, le rêve pénible qui constitue le cauchemar a lieu. Les moyens de faire cesser cette affection découlent naturellement de la connaissance des causes. Bannir les craintes, dissiper les terreurs, recommander les distractions, la sobriété, les bains, la promenade, l'habitation à la campagne, retrancher ou considérablement diminuer le repas du soir, prescrire au malade d'avoir la tête et les épaules élevées pendant le sommeil, et de se coucher sur les côtés s'il lui est possible, tels sont ces moyens. Il peut être utile, dans quelques cas de cauchemar fréquent, d'ordonner l'usage des antispasmodiques et, si le sujet est pléthorique et disposé à l'apoplexie, d'avoir recours à la saignée.

### Du somnambulisme.

On nomme somnambulisme un état intermédiaire au sommeil et à la veille, dans lequel l'individu exécute en dormant, une partie des actes et perçoit une partie des sensations que dans l'état naturel l'homme éveillé peut seul exécuter et percevoir, et ne conserve ordinairement à son réveil aucun souvenir de ce qu'il a fait et senti. Cet état est spontané ou provoqué. Dans le premier cas, c'est le somnambulisme *naturel*; dans le second, le somnambulisme *artificiel*. Il dépend toujours d'une irritation cérébrale, et tantôt il en est le seul symptôme, tantôt, mais rarement, il accompagne ceux de l'épilepsie, de l'hystérie, et des diverses espèces de folie.

*Causes.* Les causes du somnambulisme naturel sont peu connues: on ne l'observe pas chez les enfans du premier âge; il commence à se montrer dans la seconde enfance, mais ce sont les jeunes gens qui en offrent les exemples les plus nombreux. Il est beaucoup plus rare chez les adultes, et ne survient presque jamais aux vieillards; les hommes et les femmes y paraissent également disposés. Un cerveau très-irritable, une imagination active sont en quelque sorte les conditions nécessaires de son développement, que favorisent les alimens trop succulens, les repas du soir trop copieux, l'abus des liqueurs alcooliques, les excès vénériens, et surtout la continence forcée. On l'a vu survenir le plus fréquemment après des veilles prolongées et des travaux excessifs de l'esprit, à la suite d'emportemens de colère, de rixes, de combats, de frayeurs multipliées, et de passions amoureuses; un excès de fatigue l'a quelquefois fait naître. Quant au somnambulisme artificiel, il est toujours provoqué par le magnétisme animal.

*Symptômes, marche*, etc. Quelques somnambules sortent de leur lit, s'habillent, marchent, boivent, mangent, parlent, répondent aux questions qui leur sont adressées, écrivent et composent, résolvent des problèmes dont ils n'avaient pu trouver la solution étant éveillés, exécutent quelques uns de leurs travaux habituels de la journée; mais la plupart n'exercent que quelques uns de ces actes: la plupart ne se rappellent pas à leur réveil ce qui s'est passé. La mémoire paraît être la faculté la plus active pendant le somnambulisme, elle rappelle très-souvent les objets qui ont fortement occupé le somnambule dans la journée, et c'est d'eux qu'il s'occupe alors. Presque jamais la vue ne s'exerce chez le somnambule, que les paupières soient ouvertes ou non, et cependant toutes les actions sont produites comme si la vision était pleine et entière. Quelquefois cependant il y a des erreurs funestes, et des malades se jettent par une croisée, croyant passer par la porte, plusieurs ne marchent qu'en tâtonnant, et se heurtent contre tous les objets qui les environnent. L'ouïe, le goût et l'odorat sont en général très-obtus chez la plupart des somnambules; cependant ils offrent des variations: ainsi on ne peut réveiller celui-ci que par un très-grand bruit, celui-là sort de son sommeil par le bruit le plus léger; l'un mange indistinctement tous les mets qu'on lui présente et boit de l'eau pour du vin, tandis que l'autre reconnaît de suite la supercherie; enfin, quelques uns flairent et distinguent les odeurs les plus légères, et d'autres sont tout-à-fait insensibles à de fortes odeurs. Le tact est le sens qui se conserve le plus actif: c'est lui qui sert souvent au somnambule pour se guider. L'accès survient ordinairement au commencement de la nuit, après le premier sommeil. On le fait cesser par un bruit violent, en élevant fortement la voix à plusieurs reprises, en donnant du cor, ou en chatouillant la plante des pieds ou les lèvres, ou en écartant les paupières.

Le somnambulisme n'est jamais une affection grave; il importe seulement de surveiller les individus qui en sont atteints, afin de prévenir les accidens auxquels ils pourraient s'exposer. Ils doivent être couchés dans une chambre vaste, la tête un peu élevée et peu couverte, les pieds chauds, et sur un lit ni trop mou ni trop dur. Leur régime se composera d'alimens de facile digestion, peu excitans; ils n'useront de vin qu'avec une extrême modération, et devront se priver du repas du soir. Les bains tièdes, un exercice modéré, le séjour à la campagne, les voyages, leur seront éminemment utiles. On conseille de maintenir le ventre libre par une tisane légèrement laxative prise tous les matins; et, chez les individus pléthoriques, d'avoir recours aux sangsues ou à la saignée. Si l'on peut surveiller les somnambules, il faut les réveiller doucement dès le début de l'accès; on pourrait employer des moyens de correction, tels que la fustigation chez les enfans pendant l'accès, si tous les autres moyens avaient échoué; les aspersions d'eau froide feraient peut-être cesser les crises. Lorsqu'on ne peut exercer aucune surveillance sur le malade, les portes et les fenêtres de la chambre qu'il occupe doivent être fermées avec soin et solidement tous les soirs, et l'on doit enlever tout objet avec lequel il pourrait se blesser. (Louyer-Villermay, *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. LII, article *Somnambulisme*.)

### Du délire nerveux.

Il existe une espèce de délire, ordinairement produit par l'abus des boissons spiritueuses, survenant fréquemment aussi à l'occasion des blessu-

res ou des opérations graves chez les individus nerveux, chez ceux dont l'imagination a été frappée par les craintes de l'opération, chez ceux qui ont affecté dans ces circonstances de grandes démonstrations de courage, enfin chez les individus qui ont fait des tentatives de suicide : délire indépendant de toute inflammation du cerveau, accompagné d'agitation et de tremblement des muscles, de courte durée, peu dangereux, et facilement curable; c'est ce délire que Sutton, médecin anglais, a décrit le premier sous le nom de *delirium tremens*, que M. Dupuytren nomme *délire nerveux*, et sur lequel Léveillé a publié un excellent travail dans les Mémoires de l'académie de médecine (1).

Sous l'influence des causes que nous venons d'indiquer, la maladie naît et présente les symptômes suivans : après quelques jours de malaise, de faiblesse musculaire, d'insomnie, de céphalalgie, quelquefois, sans que ces symptômes aient eu lieu, le malade est pris d'un délire qui roule ordinairement sur les objets de ses occupations habituelles; il éprouve en même temps un tremblement des muscles, principalement dans ceux des membres thoraciques, qui se dissipe et reparaît tour à tour, souvent d'une manière périodique; sa face est colorée, les yeux sont injectés, la peau du front est rouge et chaude; il est continuellement agité, il va rarement et difficilement à la selle, et lorsque la maladie est l'effet des boissons spiritueuses, l'haleine conserve pendant quelques jours l'odeur alcoolique. En général, ces accidens durent peu; ils se dissipent quelquefois en vingt-quatre heures et ne se prolongent presque jamais au delà du vingtième jour. Presque tous les malades guérissent : on a cependant vu quelquefois cette affection se terminer par une inflammation ou une hémorrhagie cérébrale, et par la mort.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette affection, Sutton, MM. Rayer, Dupuytren, Léveillé, etc., regardent les évacuations sanguines comme dangereuses dans cette maladie : ce n'est que dans le cas où le malade est pléthorique, lorsque la congestion vers le cerveau est forte, et quand la maladie est encore à son début, qu'ils conseillent l'emploi de la saignée générale. Hors ces circonstances, c'est à l'opium qu'il faut avoir immédiatement recours. On l'administre, sous quelque forme que ce soit, à doses croissantes, depuis un demi-grain jusqu'à trois à quatre, jusqu'à ce que l'on détermine de la somnolence d'abord, et du sommeil ensuite. Dans le délire nerveux des blessés et des opérés, M. Dupuytren prescrit habituellement de six à dix gouttes de laudanum dans un lavement, et souvent cette faible dose suffit à la guérison. Quelquefois l'agitation redouble après les premières doses du médicament, mais on ne doit pas s'en effrayer; le malade s'endort, et après un sommeil plus ou moins prolongé, il se réveille en pleine santé, et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son délire.

(1) *Mémoires sur la folie des ivrognes*, par M. Léveillé; dans les *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, Paris, 1828 tome I, pages 181 et suivantes.

Il est bien démontré que l'opium est le véritable moyen de guérison de cette maladie, et c'est à son emploi que nous conseillons de s'en tenir. Qu'il nous soit toutefois permis d'ajouter que la proscription qui pèse sur les moyens antiphlogistiques dans ce cas, est peut-être trop absolue. En effet, au rapport de Georget (1), M. Esquirol traitait avec un succès complet toutes les femmes qui étaient conduites à la Salpétrière pour ce délire, par les boissons aqueuses, la diète les premiers jours, et une ou deux saignées quand la malade était forte et pléthorique, ou lorsqu'il existait des signes d'une forte congestion vers la tête.

Enfin Klapp a essayé de traiter cette maladie au moyen du tartrate d'antimoine et de potasse à doses vomitives, et il a obtenu des guérisons aussi nombreuses et aussi rapides que par l'opium.

### De la folie (2).

La nature de la folie, c'est-à-dire les altérations de l'organe de la pensée dont elle dépend, ne sont pas encore bien connues. Il en résulte qu'on est forcé de la définir par ses symptômes principaux, et comme ils sont nombreux et variés, cette définition est nécessairement vague et peu satisfaisante. Quoi qu'il en soit, on entend en général par *folie* ou *aliénation mentale*, un trouble continu ou intermittent des facultés intellectuelles, presque toujours partiel, ordinairement de longue durée, et que le dérangement d'aucune autre fonction n'accompagne d'une manière nécessaire. A l'imitation de Georget qui va nous servir de guide dans tout cet article, nous séparerons pour l'étudier ailleurs, l'histoire de l'*idiotie* de celle de la folie proprement dite; les différences qui existent entre ces deux affections ne permettant pas de les confondre sous un même titre (3).

*Causes.* La folie est extrêmement rare chez les enfans au dessous de quinze ans, et se montre peu chez les individus au dessus de soixante. C'est depuis l'âge de trente ans jusqu'à celui de quarante qu'elle est plus fréquente, puis de vingt à trente, et enfin de quarante à cinquante; elle se manifeste seulement un peu plus tôt chez les femmes et les gens riches que chez les hommes et les pauvres. Le sexe féminin, l'hérédité, le tempérament nerveux, une éducation vicieuse, peut-être le célibat (4), les professions qui exigent une grande contention d'esprit qui l'agitent fortement ou mettent en jeu la vanité, l'ambition, etc., les grands bouleversemens politiques, la superstition, les terreurs religieuses, la satiété de toutes les jouissances, les excès vénériens, la masturbation, les

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tome VI, page 408.

(2) *Voyez* l'article *Aliénation mentale*, par M. Foville; *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome I, page 484.

(3) *De la folie*, par Georget. Paris, 1820, in-8; et l'excellent article dont ce médecin a enrichi le tome IX du *Dictionnaire de médecine*.

(4) On a depuis long-temps remarqué que tous les vieux garçons sont *pleins de manies*, et les vieilles filles *acariâtres*.

liqueurs fortes, la lecture des romans et des mauvais livres, le désœuvrement, des accès antérieurs de folie, les congestions cérébrales fréquentes, l'épilepsie, l'état des couches, sont rangés par tous les auteurs au nombre des causes prédisposantes de la folie; la plupart suffisent même pour la produire. Mais les causes qui la déterminent ordinairement consistent presque toutes dans les affections morales vives ou continues, telles que : la colère, la frayeur, un revers subit de fortune, un bonheur inespéré, un chagrin violent et inattendu, les excès d'étude, l'ambition déçue, l'amour-propre humilié, la jalousie, les événemens politiques, les chagrins domestiques, l'amour contrarié, le fanatisme, etc. Cependant on voit quelquefois la folie être produite par l'abus des liqueurs fortes, les coups et les chutes sur la tête, le froid excessif, l'insolation, l'action des émanations mercurielles ou méphytiques; l'épilepsie en est aussi une des causes fréquentes. Chez les individus prédisposés, elle se développe quelquefois à l'occasion de la suppression subite de menstrues ou de tout autre hémorrhagie habituelle, ou à la suite de la disparition subite d'une phlegmasie cutanée ou articulaire. M. Esquirol cite dans ses savantes leçons l'exemple d'une dame qui, dans deux grossesses, devint aliénée le premier jour de la conception. Cet habile professeur a également observé un jeune homme qui, à deux reprises, fut presque subitement guéri d'un accès de manie par l'évacuation d'une énorme quantité de vers. Enfin, on lit dans le *Journal de clinique*, tome III, nº 18, l'observation d'une aliénation mentale occasionnée par la présence d'une mole dans la matrice.

*Symptômes.* L'invasion de la folie est lente et subite; mais de quelque manière qu'elle débute, voici les symptômes généraux qui lui sont propres. Assez ordinairement les impressions faites sur un ou plusieurs des sens sont très-vivement senties, ou mal perçues, ou mal jugées. C'est ainsi que les fous, tantôt perçoivent vivement et désagréablement la lumière, les sons, les odeurs ou les saveurs, et tantôt prennent un objet, un individu, un bruit, etc., pour d'autres. Quelquefois ils voient des êtres, entendent des voix ou des sons, et sentent des odeurs, qui n'ont aucune réalité et n'existent que dans leur cerveau malade. Certains, mais en petit nombre, supportent des froids considérables, et ne paraissent pas en souffrir; d'autres semblent ne pas ressentir les impressions douloureuses. Les désordres des facultés intellectuelles sont extrêmement variés, et présentent souvent le singulier mélange d'une raison entière sur certains points, avec un délire complet sur quelques autres. Chez presque tous les aliénés le souvenir du passé est conservé; l'indifférence complète ou la haine pour leurs parens, leurs enfans, leurs amis, ou un oubli profond, ont remplacé les sentimens d'affection; un penchant ou une passion, comme la joie, la tristesse, la crainte et la frayeur, la tristesse et l'emportement, la ruse et la méchanceté, l'orgueil et la vanité, le penchant au suicide ou à l'homicide, les désirs vénériens, domine le désordre intellectuel; les actes les plus extravagans sont motivés, presque tous les fous ont la conviction profonde que leurs idées et leurs actes sont raisonnables; quelques uns cependant conservent la conscience de leur malheureux état, et s'en affligent profondément. Il n'existe en général de mouvemens convulsifs que chez les fous hystériques et les épileptiques pendant les attaques; mais plusieurs ont une force plus considérable dans les momens d'exaltation, de colère ou de fureur; et s'ils sont libres, ils courent, sautent, frappent, brisent, etc. La physionomie de la plupart exprime fortement la passion dominante qui les anime, et dans leurs accès plus ou moins fréquens de folie, la face s'anime, les yeux brillent, les artères temporales et carotides battent avec force, la bouche est sèche et la tête brûlante. Souvent l'invasion de la maladie est précédée par une céphalalgie qui disparaît pendant tout le temps que dure la folie, et se montre de nouveau dans la convalescence. L'insomnie plus ou moins complète, un sommeil rare et agité, sont aussi des symptômes fréquens; on a vu l'insomnie se prolonger pendant des mois et même des années, et souvent sans une influence bien marquée sur la santé de l'individu.

Nous avons dit que le dérangement d'aucune autre fonction que celle du cerveau n'accompagnait la folie d'une manière nécessaire. Si donc il existe des palpitations, des étouffemens, des désordres menstruels, du trouble dans les digestions, etc. les lésions dont ces symptômes dépendent sont sympathiques de la lésion cérébrale, ou bien n'ont aucun rapport avec elle, et sont purement accidentelles, comme elles le seraient chez un individu raisonnable. Cependant le désordre cérébral peut être lui-même sympathique de l'irritation d'un organe éloigné; cet organe est presque toujours l'estomac, car il est presque le seul dont l'action sur le cerveau soit bien marquée, le seul dont l'irritation chronique puisse exercer assez d'influence sur l'organe de la pensée pour en troubler les fonctions. En effet, jamais on ne voit la phthisie, l'hépatite chronique, etc., provoquer le trouble dans les fonctions intellectuelles, et l'on sait au contraire avec quelle promptitude la gastrite chronique rend triste, morose, irascible : peut-être l'utérus jouit-il du même privilége; nous ne sommes pas éloigné de le croire. Au reste, puisque le cerveau malade peut troubler les fonctions digestives et utérines plus que toutes les autres, pourquoi cette action sympathique ne serait-elle pas réciproque? Il peut donc exister des folies sympathiques, et nous pensons que la membrane muqueuse des voies digestives et l'utérus sont les seuls organes qui puissent en provoquer.

Les symptômes de la folie s'offrent en général, à l'observateur, sous trois aspects principaux. Tantôt le délire ne roule que sur un petit nombre d'objets, sur une idée fixe, dominante, exclusive, ou bien il ne consiste que dans l'exagération d'une passion ou d'un penchant, et en général, le malade raisonne assez juste lorsqu'on le distrait du sujet de son délire; ce genre de folie a été nommé par M. Esquirol *monomanie* (*mélancolie* des auteurs). Tantôt le délire est général et s'étend à tout; il s'accompagne toujours d'exaltation, et souvent de fureur; il prend alors le nom de *manie*. Tantôt

enfin « à une indifférence ou une nullité morale » variable, se joint l'inactivité, l'affaiblissement » ou l'abolition entière de l'intelligence; c'est la » *démence* » (Georget.)

Voici les variétés principales de la monomanie. Des individus se croient *rois*, *empereurs*, *papes*, *prophètes*, *reines*, *princesses*, et leurs actions sont en rapport avec cette croyance; d'autres se plaignent avec l'accent du désespoir d'avoir perdu l'amitié des personnes qui leur sont chères; ceux-ci sont en proie à des désirs vénériens violens; ceux-là ont la tête remplie d'un objet qu'ils adorent, qu'ils parent de tous les charmes, auquel ils parlent sans cesse, etc. (*érotomanie*). Quelques uns sont tourmentés par des scrupules religieux, poursuivis par la crainte de l'enfer (*monomanie religieuse*). D'autres se croient au pouvoir du diable (*démonomanie*). Chez quelques monomaniques, la tristesse, l'ennui, le chagrin, la crainte, la frayeur, sont les symptômes dominans (*mélancolie; lypémanie* de M. Esquirol); on nomme aussi *panophobie* l'état habituel de crainte et de frayeur, et *misanthropie*, la haine de ses semblables. Chez d'autres, le délire est caractérisé par l'avarice ou la prodigalité, ou l'idée de la possession des richesses. Certains malades se croient poursuivis par des voix importunes ou par des êtres malfaisans, d'autres s'imaginent avoir dans une partie du corps, des ennemis, des serpens, des diables, etc.; il en est qui se croient transformés en un individu d'un autre sexe, ou en chien, en loup, en oiseau (*zoanthropie*, *lycanthropie*). La monomanie consiste quelquefois dans l'exaltation morbide de certains talens: la musique, les vers, etc.; souvent enfin elle est accompagnée de l'envie de se détruire (*mélancolie suicide*), ou celle de tuer autrui (*monomanie homicide*) (1).

Georget distingue trois variétés dans la manie: dans la première, l'esprit des aliénés est continuellement tendu, exalté; les malades parlent beaucoup et avec volubilité sur toutes choses souvent avec justesse et précision; ils ne peuvent rester tranquilles ni se livrer à aucune occupation: ils sont indiscrets, inconséquens, étourdis, etc.; dans la seconde, il existe un mélange tel de raison et de folie (*folie raisonnante*), que les malades livrés à eux-mêmes déraisonnent complètement, tandis que souvent il retrouvent leur raison si leur attention est soutenue par une conversation, une lecture, la composition d'une lettre, etc., dans la troisième enfin, les idées sont rapides, confuses, incohérentes, exprimées avec agitation, avec des chants, des menaces, des mouvemens désordonnés, etc. Georget pense avec raison que ces variétés ne sont que des degrés du même état.

La démence succède ordinairement à la manie ou à la monomanie, ou bien elle est l'effet des progrès de l'âge, et alors elle est primitive. Ses principaux caractères sont l'affaiblissement ou la perte de la mémoire et des impressions du moment, avec souvenir du passé, défaut de liaison dans les idées, les jugemens et les déterminations, apathie, ris ou pleurs sans motifs. Les malades n'arrivent à cet état que par gradation, et, avant d'y parvenir, ils éprouvent de temps en temps des excitations passagères, avec emportement, colère, etc. Quelques aliénés, dit Georget, sont dans un état aigu et continuel de stupeur; ils paraissent être sans besoins, sans idées, sans désirs; leurs yeux sont ouverts sans regarder; ils n'écoutent ni ne parlent; leur peau paraît peu sensible; ils resteraient la nuit comme le jour en plein air, si on ne les conduisait à leur appartement, à table, auprès du feu, dans leur lit. Lorsqu'ils sont guéris, les uns disent qu'ils étaient presque privés de la faculté de sentir, de penser, de vouloir; qu'ils n'avaient plus qu'une existence machinale; d'autres avaient les idées dans un tel état de confusion, qu'ils ne pouvaient s'arrêter à aucune; quelques uns accusent une défaillance, etc. Quelquefois cet état de démence aiguë n'est qu'apparent: les malades vivent concentrés en eux-mêmes et sans proférer un seul mot, par différens motifs: l'un s'imagine que s'il parle il est mort, un autre a reçu l'ordre de se taire, etc. (1).

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Des désordres cérébraux, auxquels on ne fait souvent aucune attention, précèdent le plus ordinairement l'invasion de la folie, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Ces désordres, qui consistent dans un changement dans les affections, le caractère, les penchans, etc., augmentent graduellement, lorsqu'une cause, souvent peu intense, provoque le premier accès. Ce n'est, en général, que lorsque l'action de la cause est forte, que l'invasion est réellement subite et peut n'avoir été précédée par aucun trouble dans les facultés intellectuelles ou les actions. Une fois déclarée, la folie n'est pas toujours continue, elle est le plus ordinairement rémittente ou intermittente. Les accès de la manie reviennent tous les jours, tous les deux jours, toutes les semaines, tous les mois ou tous les ans, et principalement au printemps ou en été. La monomanie est également intermittente et presque toujours irrégulière dans ses retours, tant qu'elle est peu intense; mais quand elle existe déjà depuis quelque temps et qu'elle a acquis une certaine intensité, elle devient fréquemment continue. La démence affecte presque constamment cette dernière marche, et offre seulement parfois des intervalles lucides. La durée de la folie est très-variable; ainsi elle peut n'être que de huit à quinze jours ou quelques mois dans la manie; mais le plus souvent elle est d'une ou plusieurs années, et se termine souvent par la démence, qui dure ordinairement toute la vie. La monomanie est presque toujours aussi d'une très-longue durée. Ces trois genres de folie peuvent guérir, comme toutes les irritations, par le retour d'une sécrétion ou d'une hémorrhagie supprimées, par des vomissemens, des selles abondantes et fétides, par des sueurs et des hémorrhagies spontanées, etc., et de plus par la plupart des impressions morales vives;

(1) *Discussions médico-légales sur la folie*, par M. Georget, 1821-1828, 2e partie, in-8. — *Médecine légale relative aux aliénés*, par Hoffbauer, traduite par Chambeyron, avec des notes par MM. Esquirol et Itard. Paris, 1827, in-8.

(1) Georget, *Dictionnaire de Médecine*, en 21 volumes, tome IX, page 229.

mais ces guérisons sont assez rares. Il résulte des observations de M. Esquirol que la manie guérit plus souvent que la monomanie, et celle-ci que la démence. Les fous succombent rarement aux progrès seuls de la folie ; presque toujours la mort est occasionée chez eux par des phlegmasies chroniques du cerveau ou de ses enveloppes, de la membrane muqueuse gastro-intestinale, du poumon, ou des plèvres.

*Caractères anatomiques.* A mesure que l'anatomie pathologique fait des progrès, on voit diminuer le nombre des folies qui ne paraissent liées à aucun désordre cérébral ; et si de nouveaux faits viennent confirmer les observations de MM. Delaye, Foville et Pinel-Grandchamp, qui disent avoir observé des altérations de la substance grise extérieure du cerveau, dans tous les cas où il y avait eu désordre intellectuel continué jusqu'à la mort, il n'existera probablement bientôt plus de *folies essentielles*. Les autres lésions observées jusqu'ici sur les cadavres des aliénés sont : l'épaississement des os du crâne, quelquefois avec disparition du diploé, l'augmentation de leur densité jusqu'à la dureté de l'ivoire, ou bien un état plus spongieux et une plus grande légèreté ; des vices dans la conformation de la boîte du crâne ; toutes les traces connues d'inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde, de la pie-mère, ou du cerveau lui-même ; l'écartement et l'amincissement des circonvolutions cérébrales ; quelquefois une sorte d'atrophie du cerveau ; d'autres fois une augmentation de sa consistance avec injection sanguine ; des tumeurs développées au milieu de cet organe. On a trouvé en outre des traces fréquentes de l'inflammation des voies digestives, celles de la phthisie, de la pleurésie, de la péritonite, et de l'hépatite.

*Traitement.* Les fous doivent être d'abord isolés, séparés de toutes les personnes avec lesquelles ils vivaient, et placés de manière à pouvoir être facilement surveillés. Il faut prendre toutes les précautions convenables pour les préserver du froid pendant le jour et pendant leur sommeil, pour empêcher qu'ils ne se tuent s'ils ont du penchant au suicide, ou qu'ils se livrent à la masturbation. Les aliénés agités ou furieux seront maintenus à l'aide de la camisole ou de quelques liens, si on le juge nécessaire, mais jamais avec des chaînes. On doit au respectable Pinel l'abolition de ce moyen barbare de répression. Si quelquefois on est forcé de réprimer un aliéné, on doit se borner pour cet effet, à la camisole, à la réclusion dans une cellule, à la douche, à quelques privations, mais jamais on ne doit recourir aux injures ni aux mauvais traitemens. Georget a renfermé dans trois préceptes remarquables tout le traitement moral des aliénés. Le premier consiste à ne jamais exercer les idées ou les passions de ces malades dans le sens de leur délire ; le second, à ne point combattre directement leurs idées et leurs opinions déraisonnables, par le raisonnement, la discussion, l'opposition, la contradiction, la plaisanterie ou la raillerie ; le troisième enfin, à fixer leur attention sur des objets étrangers au délire, et à communiquer à leur esprit des idées et des affections nouvelles, par des impressions diverses. Ces judicieux préceptes ne souffrent que de très-rares exceptions.

On n'emploie plus en France, dans le traitement de la folie, les bains de surprise, la submersion, ni les châtimens violens et corporels ; ces moyens barbares ont été justement proscrits par Daquin, Pinel, et M. Esquirol. Les saignées abondantes et répétées, et les superpurgations, sont également en partie abandonnées. Cependant M. Esquirol conseille de recourir à la saignée, chez les individus pléthoriques, après une suppression d'hémorrhagie habituelle, et dans les cas où il y a menace de congestion cérébrale. Georget pense, et nous partageons son opinion, que les effets dangereux dont on accuse les évacuations sanguines n'auraient pas lieu, et qu'on leur devrait plus de succès, si, au lieu des saignées générales, on avait recours aux applications répétées de sangsues derrière les oreilles, dont on seconderait l'effet par l'application de topiques réfrigérans sur la tête, et de révulsifs sur les extrémités inférieures. Les bains froids, les demi bains, les douches, les affusions, les applications froides sur la tête, sont des moyens utiles. On emploie avec succès les révulsions extérieures, par les vésicatoires, le séton à la nuque, le cautère au cou, au bras, ou aux épaules, le moxa derrière le cou ou sur la tête, et les révulsions intérieures par les purgatifs. Les narcotiques sont en général nuisibles, en ce qu'ils augmentent l'afflux du sang vers la tête ; le camphre, le musc, et la plupart des médicamens dits antispasmodiques, sont d'une faible utilité, si même ils en ont une ; la digitale à haute dose, en infusion, paraît jouir de quelque efficacité, dans le cas surtout où le pouls est plein et fort, et sans doute lorsque les voies gastriques sont exemptes d'irritation. On a administré avec avantage le quinquina contre la folie périodique. Enfin, il est un moyen puissant peu employé en France, et préconisé par Cox : c'est la machine rotatoire ; nous le croyons dangereux.

Lorsque la folie a succédé à la disparition d'une hémorrhagie ou d'une phlegmasie extérieure, on doit tenter de reproduire ces irritations ; et si elle est sympathique d'une inflammation gastro-intestinale ou utérine, c'est contre ces phlegmasies que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques. Les voyages sous la conduite d'un médecin, les distractions, les travaux du jardinage, guérissent quelquefois certains monomanes ; ils sont surtout avantageux dans la convalescence pour consolider la cure. Chez quelques malades anémiques, affaiblis par la misère, de longs jeûnes et des privations de toute espèce, le régime doit être tonique sans être excitant ; mais chez les autres aliénés, le régime asthénique est en général préférable ; il est au reste subordonné à l'état d'acuité ou de chronicité de l'affection cérébrale, et à l'état de calme ou d'excitation des voies digestives. On est quelquefois obligé d'ingérer de force les alimens à des fous qui ne veulent pas manger.

## NÉVROSES DU SYSTÈME DERMOÏDE.

### Considérations générales.

On voit quelquefois des individus, qui se plaignent d'éprouver à la peau, dans une étendue or-

dinairement bornée, une douleur vive, une sensation de chaleur brûlante, ou plus fréquemment une démangeaison insupportable, survenue sans cause appréciable. En vain on examine la partie avec la plus grande attention, on n'y aperçoit ni injection sanguine, ni boutons, ni gonflement, aucun changement appréciable en un mot; quelquefois seulement il semble que la peau soit là plus chaude au toucher que partout ailleurs. Ce sont les seules névroses dont la peau soit affectée. Quand elles ont leur siége au tronc, il est presque certain qu'elles dépendent de l'état morbide d'un organe intérieur; elles en dépendent quelquefois encore lorsqu'elles occupent les membres; c'est ainsi par exemple que l'hépatite légère s'accompagne dans quelques cas de beaucoup de démangeaison à la peau; mais elles sont alors le plus ordinairement idiopathiques. Ces affections sont toujours légères; elles guérissent ordinairement d'elles-mêmes.

Le traitement de ces névroses est presque toujours empirique. On essaie les lotions froides, les topiques narcotiques, les bains de baignoire ou de vapeurs simples ou médicamenteux, les frictions sèches ou humides, les saignées locales et les vésicatoires. Elles résistent souvent à ces moyens et guérissent lorsqu'on cesse d'y faire quelque chose. Lorsqu'elles sont symptomatiques de l'irritation d'un organe intérieur, on ne peut espérer de les faire cesser qu'en s'adressant directement à la cause. Un de nos cliens est tourmenté depuis plusieurs années d'une entéralgie très-violente, mais dont les atteintes ne se font sentir qu'à de longs intervalles; l'un des symptômes qu'il éprouve consiste dans une sensation de brûlure à la peau immédiatement au dessous de la hanche du côté droit, qui survient tout à coup, d'abord faible, puis graduellement croissante jusqu'à devenir insupportable. Souvent ce symptôme existe seul; et comme il nous annonce infailliblement le retour de la névrose intestinale, nous le combattons par une ou deux applications de sangsues à l'anus qui le font disparaître et préviennent ordinairement les accidens ultérieurs.

## NÉVROSES DU SYSTÈME MUQUEUX.

### Considérations générales.

Les membranes muqueuses deviennent le siége assez fréquent des névroses, c'est-à-dire, qu'elles deviennent souvent très-impressionnables ou très-douloureuses sans qu'un afflux prolongé de sang ou d'autres fluides vienne les engorger et y accroître la chaleur. Mais comment constater l'existence de cet état morbide dans des membranes que la vue ne peut pas toujours atteindre? C'est ce que nous allons d'abord examiner.

Le premier caractère des névroses de ce système leur est commun avec toutes les maladies de cette nature; il consiste dans l'absence des symptômes généraux de l'inflammation, de la sub-inflammation, ou de l'hémorrhagie, faisant un contraste remarquable soit avec l'intensité de la douleur, soit avec l'intensité du trouble de la fonction. Il en est de même du second, savoir la soudaineté de l'invasion et de la disparition des symptômes. Mais ces névroses s'accompagnent surtout d'un phénomène particulier et presque constant, qui devient d'un secours précieux pour leur diagnostic. Ce phénomène consiste dans la contraction convulsive du plan contractile qui entoure ces membranes, et par suite de tous les muscles dont l'action est liée dans l'état physiologique à celle de ce plan; et ce signe nous paraît tellement caractéristique, que seul, il nous suffira pour diagnostiquer la névrose de la membrane muqueuse à laquelle il correspondra. C'est ainsi, par exemple, que le vomissement que n'accompagneront pas des signes d'inflammation, d'hémorrhagie, de sub-inflammation, de désorganisation, ou d'étranglement, sera à nos yeux l'indice certain d'une irritation nerveuse directe ou sympathique de la membrane muqueuse de l'estomac, en un mot, de sa névrose. Et remarquez que partout où les membranes muqueuses, fixées sur des os, comme dans les fosses nasales et quelques parties de la bouche, n'ont pas de plan musculaire qui réponde à leur stimulation, elles ne sont pas susceptibles de névroses. On en pourrait conclure, il est vrai, que l'irritation a plutôt son siége dans ce plan musculaire que dans la membrane. Mais si l'on veut bien se rappeler que ce tissu contractile n'est en relation sympathique avec aucun autre, et que dans l'état physiologique son action est entièrement subordonnée à celle de la muqueuse, il paraîtra certain que dans l'état pathologique, il ne se contracte convulsivement que sous l'influence de l'irritation de cette membrane. Enfin, si à ces considérations on ajoute que ces névroses se terminent très-souvent par l'inflammation ou la désorganisation des membranes muqueuses lorsqu'elles ont quelque durée, il sera presque démontré que leur véritable siége est dans ces membranes plus que dans le système musculaire de la vie végétative qui n'est irrité que sympathiquement. Au reste, cette question, il faut l'avouer, n'est pas complètement résolue. Peut-être ces névroses dépendent-elles de l'irritation des diverses parties du système nerveux ganglionaire, et sont-elles à ce système ce que l'épilepsie, les convulsions, etc., sont au système nerveux de la vie animale? Nous penchons à croire qu'il en est ainsi, mais nous sommes convaincus en même tems que la membrane muqueuse participe toujours à l'irritation du nerf, et le plus souvent même est le point de départ de tout le désordre.

Les névroses des membranes muqueuses reconnaissent les mêmes causes générales que celles des autres systèmes; elles cèdent aussi aux mêmes moyens de traitement. Leur nombre est assez considérable; ce sont: la *coqueluche*, l'*asthme*, l'*asthme aigu de Millar*, le *spasme du pharynx*, celui de l'*œsophage*, la *gastralgie*. les *vomissemens nerveux*, la *cardialgie*, l'*hypochondrie*, le *pyrosis*, la *boulimie*, le *pica*, l'*entéralgie*, les *spasmes du rectum*, *de l'anus*, *de l'urèthre*, *du vagin*, et la *dysménorrhée*.

### De la coqueluche (1).

La plupart des auteurs rangent la coqueluche

(1) F. A. Marcus, *Traité de la coqueluche*. Paris,

parmi les inflammations, et ils s'appuient sur l'existence constante des traces de ce mode d'irritation sur la membrane muqueuse des bronches après la mort. Cette opinion ne nous paraît pas moins erronée. La coqueluche est, selon nous, une névrose simultanée de la membrane muqueuse des bronches, de l'estomac, et des nerfs pneumo-gastriques, très-souvent accompagnée de bronchite, quelquefois de gastrite, de pneumonite, de pleurite, ou d'encéphalite, ne donnant même la mort que lorsque l'une de ces complications a lieu, mais pouvant exister sans elles, ainsi que nous croyons en avoir observé d'assez nombreux exemples. Les symptômes de cette affection ont un cachet particulier qui ne nous permet pas d'y reconnaître une bronchite ordinaire ou spéciale, comme on voudra l'appeler. Ce n'est pas l'âge seul qui lui imprime les caractères qui la distinguent, puisqu'on l'observe quelquefois chez les adultes et les vieillards (1); ce n'est pas non plus à l'idiosyncrasie particulière des enfans qui en sont affectés qu'il faut s'en prendre : car ces mêmes enfans peuvent être atteints de bronchite ordinaire, avant comme après la coqueluche, ainsi que nous l'avons vu plus d'une fois; ils cessent en outre, pour la plupart, d'être aptes à contracter celle-ci de nouveau quand ils l'ont une fois éprouvée, et l'on n'ira pas supposer, pour expliquer ces faits, que cette prédisposition ne se forme qu'au moment de contracter la maladie et disparaît avec elle. Nous ne pouvons non plus y voir, avec M. Desruelles, une *broncho-céphalite*, d'abord parce que tout prouve que ce n'est pas une inflammation, et ensuite parce que nous l'avons vue trop évidemment exister sans symptômes cérébraux pour pouvoir admettre la nécessité d'une lésion cérébrale quelconque dans sa production.

Les argumens que l'on fait valoir en faveur de l'opinion qui considère cette maladie comme une inflammation, bien que puisés dans l'observation des lésions cadavériques que l'on observe à sa suite, ne nous paraissent d'aucun poids pour décider la question. Sans doute les traces de bronchite sont très-fréquentes après la coqueluche, mais d'une part, cette lésion n'est pas constante, de l'autre, on l'observe souvent sans qu'il ait existé des symptômes de coqueluche; enfin, on rencontre fréquemment aussi à la suite de cette maladie des traces de pneumonite, de pleurite, de congestion cérébrale, etc., et la diversité même de ses lésions dans une même affection, est peut-être la preuve la plus forte qu'aucune d'elles n'en est la véritable cause. La coqueluche n'a donc pas de caractères anatomiques appréciables qui lui soient propres, et cette particularité établit déjà sa nature nerveuse; le caractère convulsif et la marche intermittente de ses symptômes achèvent de le démontrer. Ces symptômes prouvent ainsi qu'elle a son siége tout à la fois dans les bronches, puisqu'il y a toux et sécrétion abondante de mucosité, dans l'estomac, puisqu'il y a vomissement, et dans les nerfs pneumo-gastriques puisqu'il y a simultanéité constante de ces deux ordres de phénomènes. M. Gendrin a communiqué à la Société de Médecine de Paris un fait bien propre à établir, ce nous semble, le rôle nécessaire que joue l'affection des nerfs pneumo-gastriques dans la production des phénomènes de la coqueluche; c'est le suivant. Un jeune homme eut un abcès énorme à la région parotidienne; on donna issue au pus par une incision; une inflammation modérée s'empara, comme cela a lieu ordinairement, des parois de ce vaste foyer au fond duquel on apercevait à nu la carotide externe; et tout aussitôt, le malade fut pris d'une toux sonore, quinteuse, accompagnée de nausées, etc., semblable en un mot à celle de la coqueluche. MM. Dupuytren et Husson, qui voyaient alors le malade avec M. Gendrin, pensèrent comme lui que le nerf pneumo-gastrique participaient à l'irritation des parties voisines et produisait les symptômes observés, et que ces symptômes se dissiperaient seuls à mesure que les parois du foyer se rapprocheraient et cesseraient d'être enflammées; l'événement justifia ce pronostic. C'est ici l'occasion de rappeler que MM. Autenrieth et Breschet ont trouvé quelquefois les nerfs pneumo-gastriques enflammés à la suite de la maladie qui nous occupe. Cette lésion est tellement rare, il est vrai, que M. Guersent ne l'a jamais rencontrée; mais son absence ne peut rien prouver contre l'irritation des nerfs pneumo-gastriques dans la coqueluche, si, comme nous croyons l'avoir établi, cette irritation est purement nerveuse; sa présence dans quelques cas concourt au contraire à démontrer que l'irritation de ces nerfs influe sur la production des symptômes de la maladie.

*Causes.* On ignore à peu près les causes de la coqueluche. On sait que le froid humide, les changemens de température, l'hiver, le printemps, l'enfance, le tempérament nerveux, prédisposent à la contracter; on sait aussi que toutes les causes de bronchite (voyez *ce mot*) peuvent la produire, et que le plus ordinairement même elle succède à cette phlegmasie, que quelquefois elle survient à la suite d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une variole; mais on pense assez généralement qu'il y a une cause qui nous échappe, une condition inconnue de l'atmosphère qui en provoque surtout le développement. Elle règne très-souvent d'une manière épidémique; des faits assez nombreux nous ont convaincus de sa propriété contagieuse.

*Symptômes*, *marche*, etc. Les premiers symptômes de la coqueluche ne diffèrent pas ordinairement de ceux d'un rhume ordinaire, mais ils ne tardent pas à prendre le caractère particulier qui les distingue. La toux devient très-sonore et aiguë, et revient par quintes très-fatigantes, qui se répètent plus ou moins suivant la gravité de l'irritation. Les secousses de la toux se succèdent rapidement, et permettent à peine à l'enfant de faire des inspirations courtes, incomplètes, sifflantes. Il paraît près de suffoquer, il se cramponne après les corps environnans; la face et le cou sont bouffis et violets, les yeux sortent des orbites et sont lar-

1821, in-8.— Guersent, *Dictionnaire de Médecine en 21 volumes*, tome VI. — Guilbert, *Recherches nouvelles et Observations pratiques sur le croup et sur la coqueluche.* Paris, 1824. — Desruelles, *Traité de la coqueluche.* Paris, 1827, in-8.

(1) Guilbert, *Archives générales de Médecine*, tome XVI, pages 202 et suiv.

moyens. La quinte se termine par le rejet d'un mucus filant, souvent accompagné du vomissement des alimens, et quelquefois par l'expectoration ou le vomissement d'un peu de sang pur ou mêlé au mucus ou aux alimens. Il n'est pas rare de voir le sang partir par le nez pendant les secousses de la toux; quelquefois l'enfant rend involontairement les urines et les matières fécales. Après chaque quinte tout rentre dans l'ordre, l'enfant reprend ordinairement ses jeux comme s'il n'était pas malade; quelquefois, cependant, il lui reste du malaise et de la fatigue qui se dissipent promptement; d'autres fois, il éprouve pendant quelques instans de la pesanteur de tête et de la tendance au sommeil. Le nombre des accès est souvent très-considérable dans une même journée; il devient moindre à mesure que la maladie tire à sa fin. Des causes variées influent sur le retour des quintes : telles sont : le froid, une digestion pénible, les odeurs fortes, la poussière, la fumée, les affections morales et surtout la colère.

D'après M. Guersent (1), le stéthoscope, appliqué à la partie postérieure du poumon, à l'approche des quintes, fait quelquefois entendre le râle muqueux, et d'autres fois ne fournit aucun signe. Pendant la quinte, dit encore cet excellent observateur, la respiration est complètement suspendue; elle ne s'entend nulle part; mais au moment de l'inspiration, l'air se précipite avec un sifflement très-sonore jusqu'à la bifurcation des bronches, et, ce qui est très-remarquable, il ne pénètre pas au delà avant une ou plusieurs secondes.

La coqueluche ne s'accompagne pas ordinairement de fréquence de pouls, de perte d'appétit, de soif, de chaleur de la peau; ainsi que nous l'avons dit plus haut, tout rentre communément dans le calme entre les quintes. Dans quelques cas cependant, lorsque la bronchite est intense, ou bien lorsqu'il existe une autre phlegmasie, soit des poumons, soit de la plèvre, et enfin lorsqu'elle est compliquée d'une rougeole, d'une scarlatine, ou d'une variole, on voit le pouls prendre de la fréquence, la peau devenir brûlante, la soif survenir, etc., et la maladie présenter alors d'autant plus de gravité que ces symptômes sont plus intenses. Hors ces cas, la coqueluche n'est pas en général une maladie dangereuse; ce n'est que par ces complications qu'elle le devient. Cependant chez les très-jeunes enfans, elle est souvent très-grave par elle-même; elle les fait périr dans un véritable état d'asphyxie. Sa durée ordinaire est de deux à trois mois; elle se prolonge quelquefois pendant six mois et plus. Elle peut reparaître après avoir complètement cessé.

*Traitement*. Il est peu de maladies qui se montrent aussi rebelles que la coqueluche aux agens thérapeutiques; aussi en est-il peu contre lesquelles on ait employé un aussi grand nombre de médicamens. Chaque auteur a sa formule, chaque auteur vante son spécifique, et l'on ferait une longue liste des moyens infaillibles qui échouent tous les jours dans le traitement de cette maladie. Nous allons essayer de faire un choix parmi tous ces moyens.

Tant que la coqueluche est légère et exempte de complication, elle ne réclame d'autre traitement que l'emploi des gommeux, des mucilagineux, et des infusions béchiques et pectorales; tels sont les loochs, les sirops de gomme, de guimauve ou de capillaire, les infusions de fleurs de mauve, de violette, de bouillon blanc, de coquelicot; celles de tussilage, d'hyssope, de lierre terrestre, et on y joint avec avantage de petites doses de sirop diacode, de l'eau de fleurs d'oranger, et quelques sirops toniques, tels que ceux de Désessarts et de Boulay. On seconde l'emploi de ces moyens par des pédiluves chauds et sinapisés fréquemment répétés, et par de petites doses réitérées de sirop ou de pastilles d'ipécacuanha, lorsque la sécrétion des mucosités est très-abondante et obstrue les bronches, et surtout chez les jeunes enfans qui ne savent pas expectorer, et qu'un léger vomissement débarrasse. Il faut en même temps revêtir les malades de flanelle, éviter avec le plus grand soin de les exposer aux vicissitudes atmosphériques, et principalement au froid humide, les nourrir d'alimens, de végétaux frais, mais non muqueux, et de facile digestion, de viandes de jeunes animaux grillées ou rôties, et écarter d'eux autant que possible tout sujet de contrariété.

Lorsque ces moyens combinés paraissent n'exercer aucune influence sur la marche des symptômes, lorsque ceux-ci loin de diminuer semblent s'accroître, on doit avoir recours à des révulsifs plus puissans que les pédiluves. Les vésicatoires aux bras ou sur la poitrine méritent surtout la préférence; les frictions avec la pommade d'Autenrieth sur la région épigastrique sont aussi très-utiles; on retire aussi quelques bons effets des sinapismes promenés sur diverses parties du corps; enfin, on a recours encore, avec avantage, aux purgatifs doux et répétés.

Assez fréquemment la maladie résiste à cette double médication. Les auteurs conseillent alors d'administrer les antispasmodiques et les sédatifs. Parmi ces médicamens, les plus vantés sont : le musc, le camphre, l'assa-fœtida, le castoréum, la valériane, l'oxyde de zinc, l'opium, la belladone, la jusquiame, le stramonium, la ciguë, la laitue vireuse, etc.; on emploie ces médicamens seuls ou combinés, sous toutes les formes possibles, en pilules, potions ou lavemens, et à des doses très-modérées surtout pour les plus actifs.

Plusieurs auteurs vantent le quinquina vers la fin de la coqueluche; nous y avons eu recours quelquefois avec des avantages qui ne nous ont pas paru douteux; c'est le sulfate de quinine en lavemens que nous avons toujours préféré. Le poivre blanc, depuis six grains juspu'à vingt-quatre et trente-six, suivant l'âge des enfans, nous a paru jouir aussi de quelque efficacité.

Mais de tous ces moyens, celui qui nous a paru le plus constamment efficace, c'est le changement fréquent d'air et de vêtemens. Jusqu'ici les auteurs se sont bornés à conseiller de transporter les malades à la campagne, sans se rendre compte du mode d'action de ce moyen hygiénique; aussi n'en ont-ils obtenu que des effets incertains,

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tom. VI, pag. 6.

Convaincus de la propriété contagieuse de la coqueluche, nous avons pensé que les malades devaient vicier sans cesse l'air au milieu duquel ils vivent, en le chargeant continuellement du miasme contagieux probablement sécrété par la muqueuse pulmonaire, et qu'ils devaient en outre en imprégner à chaque instant leurs vêtemens. Agissant d'après cette vue hypothétique, nous avons conseillé de transporter fréquemment les petits malades d'un lieu à un autre, de renouveler souvent leurs vêtemens, et de ne les ramener à un lieu qu'ils ont déjà occupé, comme de ne leur faire reprendre des habillemens qu'ils ont déjà portés, qu'après avoir purifié les uns et les autres en les exposant à la vapeur des chlorures. Nous faisions placer en même temps de ces chlorures en évaporation dans la pièce qu'ils habitaient. Déja quelques guérisons assez rapides sont venues encourager les essais que nous nous proposons de continuer; il nous a suffi, dans quelques cas, de faire changer chaque jour les enfans de chambre et de vêtemens, sans les sortir de Paris, pour obtenir les mêmes effets.

Tout ce qui précède n'est applicable qu'à la coqueluche simple et exempte de complications. Mais lorsque la bronchite, que nous avons dit l'accompagner presque toujours, est intense, lorsqu'une pleurite, une pneumonie, ou toute autre inflammation vient s'y joindre, lorsque même, sans aucucune complication, le sujet est sanguin et pléthorique, il ne faut pas hésiter à recourir aux évacuations sanguines. Les saignées générales quelquefois, plus fréquemment les saignées locales sous les clavicules et sur les parties latérales du thorax, ou sur le trajet des jugulaires, suivant les indications, doivent être employées en proportionnant leur nombre et leur abondance à l'âge et à la force des malades, et en se réglant sur les effets qu'on en obtient. M. Desruelles (ouvrage cité) conseille même les applications de sangsues sous les clavicules et aux tempes, ou derrière les oreilles dans toutes les coqueluches, et paraît en avoir retiré d'assez bons effets pour engager les praticiens à l'imiter. Tant que dure ce traitement antiphlogistique, il faut s'abstenir des moyens précédemment indiqués, excepté de ceux qui sont pris dans la classe des adoucissans; et ce n'est que lorsque toute trace de phlegmasie a disparu qu'il est permis d'y avoir recours.

Nous ne parlerons pas ici des moyens préservatifs de la coqueluche conseillés par plusieurs auteurs; ils sont impuissans et à peu près généralement abandonnés de nos jours. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il faut éloigner avec soin les enfans des lieux où la coqueluche règne épidémiquement, et éviter même de les laisser communiquer avec tout enfant qui en est atteint, alors même qu'elle est sporadique.

## De l'asthme.

D'abord employé pour signifier toute difficulté de respirer, restreint ensuite à ne plus exprimer que la *dyspnée intermittente*, *essentielle*, c'est-à dire *supposée indépendante de toute lésion de tissu*, le mot *asthme* désignera pour nous *l'irritation nerveuse*, ou *la névrose de la membrane muqueuse pulmonaire*, *provoquant la convulsion des muscles respirateurs*.

Mais ce désordre de la respiration dépend-il bien de la cause que nous lui assignons? Ne pouvant pas entreprendre de résoudre ici cette question, nous devons faire connaître les opinions principales qui règnent aujourd'hui sur la nature de cette affection. Robert Brée définit l'asthme, une contraction excessive des muscles de la respiration, sans fièvre aiguë, déterminée par *une irritation qui a son siége dans quelques uns des viscères aux fonctions desquels ces muscles participent* (1). Un autre auteur l'attribue à la lésion du cœur et des gros vaisseaux. Le docteur Georget pense qu'il consiste dans une irritation cérébrale déterminant la convulsion des muscles inspirateurs (2). Enfin Laennec croit que l'emphysème du poumon en est la cause la plus commune, et il admet en même temps l'existence d'une affection nerveuse du poumon (3). Toutes ces opinions se rapprochent en un point, c'est celui de la contraction convulsive des muscles de la respiration; elles ne diffèrent que sous le rapport de la cause à laquelle on doit attribuer cette convulsion. Ne serait-il pas possible que cette cause ne fût pas unique, et que l'asthme pût être également produit, *chez les individus prédisposés*, tantôt par la névrose de la muqueuse pulmonaire, tantôt par la lésion du cœur ou des gros vaisseaux, quelquefois par une irritation cérébrale, et parfois par l'emphysème du poumon? S'il en était ainsi, l'opinion de Brée serait celle qui se rapprocherait le plus de la vérité.

*Causes*. L'asthme s'observe presque toujours chez des vieillards, très-rarement dans la jeunesse, beaucoup plus fréquemment sur des hommes que sur des femmes, et sur des individus replets que sur des sujets maigres. Il faut une prédisposition pour le contracter; cette prédisposition paraît héréditaire, et est accrue et peut même être produite par tout ce qui tend à exalter l'irritabilité du système nerveux, comme la masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les passions vives, les violentes commotions morales tristes, les veilles, etc., et lorsqu'elle existe à un haut degré, ces mêmes causes suffisent pour faire naître la maladie. Les autres causes sont: les professions qui obligent à vivre au milieu d'une atmosphère chargée de poussière, et principalement des particules qui se dégagent de la laine, du coton, des fourrures, etc.; les vapeurs irritantes, la fumée, les odeurs pénétrantes, le froid humide, les variations brusques de température, la chaleur excessive, les temps d'orage, le séjour dans un lieu trop échauffé ou dont l'air est vicié par la présence d'un trop grand nombre d'individus, l'abus des bains chauds, tout ce qui peut exercer une compression sur la poitrine ou sur le poumon lui-même, comme un épanchement dans la plèvre; enfin celles qui sont communes à toutes les phlegmasies, savoir, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, d'une phlegmasie cutanée, articulaire, etc.

(1) *Recherches pratiques sur les désordres de la respiration*, etc., par Robert Brée, traduit par Th. Ducamp.

(2) *Physiologie du système nerveux*, etc., tome II.

(3) *Auscultation médiate*, etc., tome III.

*Symptômes.* L'asthme revient ordinairement par attaques qui prennent presque toujours pendant la nuit, au moment où le malade se couche, ou bien au milieu de son sommeil. Ces accès sont plus ou moins intenses ; ils commencent par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine ; le malade et presque aussitôt forcé de s'asseoir pour pouvoir respirer plus à son aise; il éprouve le besoin de l'air frais ; il lui semble qu'il manque d'air autour de lui; il fait de grands efforts pour dilater sa poitrine ; tousse de temps en temps ; l'expiration est sifflante ou ronflante ; la face est pâle ou colorée ; les yeux sont saillans, le nez, les oreilles, les pieds et les mains sont froids, et la face et la poitrine sont couvertes de sueur. Tous les accès n'ont pas cette intensité ; ils consistent quelquefois dans une simple constriction de la poitrine avec expiration sifflante; mais aussi ils sont parfois beaucoup plus violens. Le malade est réveillé tout à coup au milieu de la nuit, par un besoin vif et pressant de respirer ; il veut dilater sa poitrine, mais une constriction insurmontable des parois de cette cavité s'y oppose ; il se met sur son séant, se cramponne après son lit, les bras portés en arrrière ; il élève ses épaules, redouble, en un mot, d'efforts pour écarter les parois du thorax et aspirer un peu d'air ; il parvient avec peine à faire une inspiration, mais elle est courte et brusquement interrompue, il recommence avec aussi peu de succès : tous les muscles du corps entrent en contraction, comme pour concourir à procurer cette inspiration si désirée, ses efforts restent vains : *De l'air... j'étouffe...*, répète-t-il à chaque instant; sa parole est brève, entrecoupée, son visage pâlit ou s'injecte ; les yeux semblent sortir des orbites, les veines du cou sont gonflées, la face et la poitrine couvertes de grosses gouttes de sueur ; le pouls est petit, irrégulier, l'anxiété extrême. Après un temps plus ou moins long, la coloration du visage commence à devenir légèrement bleuâtre ; une toux saccadée, et qui met tout le corps en mouvement, se déclare, elle est suivie d'une expectoration abondante de mucosités claires et filantes ; la dilatation du thorax s'opère graduellement avec plus d'ampleur et de facilité, et bientôt le malade fatigué se recouche et s'endort.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* Nous avons déjà dit que l'asthme avait lieu par accès ; ils se répètent toutes les nuits ou à quelques jours d'intervalle, se suspendent complètement pendant un temps plus ou moins long, ordinairement pendant l'été et les froids secs, pour se renouveler sous l'influence du froid humide ou des temps orageux. Chez quelques individus, l'asthme reparaît tous les mois avec une grande régularité, et chaque attaque se compose de trois, quatre ou cinq accès quotidiens, plus ou moins, dont l'intensité va en décroissant. Chez les femmes, ils précèdent ou suivent quelquefois l'apparition des règles. Leur durée est en général de deux, trois ou quatre heures, mais quelquefois elle est plus considérable ; nous avons vu des accès durer trois ou quatre jours. Presque toujours, quand les accès sont aussi prolongés, il n'y en a qu'un seul par attaque. Un des effets les plus fréquens de l'asthme est la dilatation anévrysmale du ventricule droit du cœur. Lorsque cet anévrysme est produit, et qu'il a acquis un certain volume, les accès se rapprochent, durent plus long-temps et finissent même par devenir continus. Parvenue à ce degré, la maladie fait des progrès, et conduit plus ou moins rapidement le malade au tombeau.

*Caractères anatomiques.* L'asthme n'étant qu'une névrose, il n'existe pas de lésions qui lui soient propres. Mais comme il accompagne très-souvent comme symptôme, un assez grand nombre de maladies des poumons, des gros vaisseaux ou du cœur, on rencontre presque toujours des lésions de ces organes. Les plus constantes sont : la dilatation anévrysmatique du cœur, l'anévrysme ou l'ossification des gros vaisseaux, l'emphysème du poumon, et l'inflammation chronique de la membrane muqueuse pulmonaire; mais on a vu l'asthme exister avec toutes les lésions possibles du poumon.

*Traitement.* L'obscurité qui règne encore sur cette maladie en rend le traitement incertain et purement empirique. Quand elle est récente, on peut employer avec succès la saignée du bras pendant l'accès; quelquefois elle le diminue considérablement, mais le plus ordinairement elle n'agit que sur l'accès suivant, qu'elle rend moins intense. Il suffit ordinairement de tirer trois ou quatre onces de sang pour obtenir ces effets; mais quand l'asthme est ancien, il est rare que ce moyen soit efficace ; cependant il ne faut pas le repousser entièrement. Les pédiluves très-chauds ou l'application des sinapismes tiennent le second rang pour la promptitude avec laquelle ils soulagent. Les boissons froides acidulées, l'eau vinaigrée et laudanisée, viennent ensuite; on en seconde l'effet par les potions contenant de l'extrait de jusquiame à la dose d'un ou deux grains, et par la vapeur tiède d'une décoction émolliente, dirigée dans les voies aériennes; ce n'est qu'avec prudence qu'il faut user de ce dernier moyen. On doit en même temps introduire de l'air frais dans la chambre du malade, tenir les croisées ouvertes, les rideaux de son lit écartés, le placer dans une position verticale, ôter tous les vêtemens qui pourraient gêner la poitrine, et éloigner toutes les personnes dont la présence n'est pas nécessaire. Vers la fin de l'accès, on facilite l'expectoration à l'aide d'oxymel simple ou scillitique, des pastilles d'ipécacuanha, des potions kermétisées, etc. Dans l'intervalle des accès, il faut essayer d'en prévenir le retour : à cet effet, on prescrit les ferrugineux unis aux antispasmodiques, les amers, les préparations de quinquina, les eaux minérales, les diurétiques, la digitale, l'acide hydrocyanique, etc. On a quelquefois empêché le développement d'un accès par une perturbation violente au moment où le malade en ressentait les signes avant-coureurs. C'est ainsi qu'on a employé les bains de pieds sinapisés et très-chauds, les sinapismes brûlans sur les extrémités, l'ingestion de quelques onces d'eau contenant quatre ou six gouttes d'ammoniaque liquide, etc. Mais l'emploi de tous ces moyens et des précédens est subordonné à la condition de l'intégrité des voies digestives; car pour peu que la membrane muqueuse gastrique soit irritée ou trop irritable, ils nuisent, et les

émolliens sont alors préférables. Le régime du malade est un des points les plus importans de son traitement. Pour les jeunes gens et les individus pléthoriques, on le composera de viandes blanches, de végétaux non venteux et de l'eau pour boisson ; aux individus non sanguins ou âgés, surtout si la maladie est ancienne, on prescrira une alimentation plus substantielle, l'usage des viandes grillées ou rôties de préférence, en se bornant cependant à celle de mouton et de volaille, et au poisson ; pour boisson, l'eau vineuse ou le vin largement coupé avec une eau minérale acidule, et l'abstinence de tout ragoût salé ou épicé. Brée conseille l'usage de l'infusion de café après le repas ; nous l'avons souvent employé avec un succès complet ; il conseille également les bains froids de temps à autre. L'exercice modéré, celui du cheval ou de la voiture, sont des plus utiles. Il n'est pas possible de déterminer d'une manière générale les lieux que doivent habiter les asthmatiques ; car il en est qui ont besoin de l'air vif de la campagne et des lieux élevés, tandis que d'autres ne sont bien qu'au sein de l'atmosphère épaisse et humide des vallées ou des grandes villes.

De l'asthme convulsif des enfans.

Les enfans sont quelquefois pris de symptômes effrayans de dyspnée auxquels on donne les noms d'*asthme aigu de Millar*, *asthme convulsif des enfans*, *catarrhe spasmodique*, *catarrhe nerveux suffocant des enfans*. Les causes n'en sont pas connues; son invasion est brusque comme celle du croup et a souvent lieu pendant la nuit; la mort en est quelquefois la suite. Ses symptômes consistent dans une difficulté considérable de respirer; une sorte de compression, de constriction de la poitrine qui l'empêche de se dilater; une respiration plaintive, courte et semblable à une suite d'expirations précipitées, avec toux sèche, anxiété extrême à la région précordiale, et fréquence du pouls. M. Emangart en a rapporté quatre observations dans son *Traité pratique du croup* (1); nous n'en avons observé qu'un exemple, et l'enfant a succombé. Cette dyspnée est ordinairement remittente. Quand on l'a observée une seule fois, il n'est plus possible de la confondre avec le croup comme l'ont fait quelques médecins, ni avec aucune autre affection de la poitrine. Elle nous paraît consister bien évidemment dans une névrose. M. Guersent dit avoir vu succomber plusieurs enfans à une dyspnée essentielle, qui nous paraît l'asthme aigu; chez deux de ces enfans, il a examiné avec le plus grand soin l'état de tous les organes, et il n'a rencontré aucune lésion anatomique qui pût expliquer la maladie (2). On voit par les observations de M. Emangart, que le laudanum administré à doses assez fortes, est un moyen très-efficace de suspendre le cours de cette maladie et d'en prévenir les accès.

Du spasme du pharynx, ou pharyngo-spasme.

Cette névrose consiste dans une constriction spasmodique du pharynx, souvent accompagnée de sécheresse et de douleur, mais sans coloration ni chaleur de la membrane muqueuse. Elle se manifeste ordinairement au moment où des alimens ou des boissons vont franchir l'isthme du gosier, et s'oppose quelquefois complètement à leur déglutition. Ses causes les plus fréquentes sont les chagrins violens, et surtout ceux dont on n'a pu se soulager par des pleurs. Les fumigations émollientes et narcotiques, et les pédiluves chauds, suffisent ordinairement pour dissiper cette affection, qui est rarement de longue durée. Le camphre a paru quelquefois utile.

(1) Pages 136 et suivantes.

(2) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tome III, page 126.

Du spasme de l'œsophage, ou œsophagisme.

Dans cette névrose, le bol alimentaire franchit aisément le pharynx, mais arrivé à une certaine distance dans l'œsophage, il s'arrête, occasione une douleur qui se fait ressentir entre les deux épaules, et quelquefois est rejeté par un effort de vomissement. Cette constriction spasmodique de l'œsophage est souvent le symptôme de l'inflammation de sa membrane muqueuse; elle est fréquemment sympathique d'une irritation de l'utérus; on l'observe quelquefois dans la grossesse. Les causes en sont peu connues lorsqu'elle est idiopathique; l'ingestion d'une boisson glacée paraît l'avoir produite quelquefois d'une manière instantanée, principalement après un emportement de colère. On la guérit par les antispasmodiques, tels que le musc, le castoréum, le camphre, l'assa-fœtida, etc., administrés dans des lavemens, par des révulsifs sur les extrémités inférieures, ou par l'application d'un vésicatoire dans la région du dos où se fait ressentir la douleur. Nous l'avons vu cesser immédiatement par l'effet d'un seul bain tiède.

De l'hypocondrie.

En traitant de la gastrite chronique, nous avons dit que chez les individus nerveux, très-irritables, cette phlegmasie produisait quelquefois des symptômes nerveux qui lui donnaient un aspect particulier que l'on désigne sous le nom d'*hypocondrie*. Quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps, cette assertion repose sur de nombreux faits d'observation, et chaque jour en confirme la justesse. Mais il est une forme d'irritation non inflammatoire de l'estomac, une irritation nerveuse, une névrose de la membrane muqueuse de cet organe, qui s'accompagne plus fréquemment encore de ces accidens nerveux; c'est à cette névrose que nous donnons principalement le nom d'*hypocondrie*. M. Barras l'a décrite tout récemment sous le nom de *gastralgie*, dénomination impropre, puisque la douleur n'est pas un des symptômes ordinaires de cette affection (1).

(1) *Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*, par J. P. T. Barras, un volume in-8, 2e édition, 1827. En appelant l'attention des médecins vers cette névrose de l'estomac, M. Barras a rendu un véritable service à la science ; mais nous craignons qu'il n'ait dépassé le but qu'il s'était proposé, et n'ait jeté beaucoup de praticiens dans un excès plus dangereux que celui qu'il a voulu ré-

*Causes*. Les femmes, et les individus nerveux et très-irritables, ceux qui sont nés de parens nerveux et hypocondriaques, sont plus exposés que les autres à contracter l'hypocondrie. Elle peut se développer chez eux sous l'influence de toutes les causes ordinaires de la gastrite; mais on la voit plus fréquemment produite chez tous les individus en général, par les affections morales vives et prolongées, par les travaux de cabinet et principalement par ceux qui exigent une forte contention d'esprit, surtout lorsqu'on s'y livre trop peu de temps après le repas, par la vie sédentaire, les excès vénériens, l'onanisme, l'allaitement trop prolongé, une salivation excessive, la leucorrhée abondante, les jeûnes, l'abstinence, l'usage du vin blanc, et l'abus du café et du thé. Son développement est favorisé par les grandes chaleurs, par les temps orageux et pendant lesquels l'air est chargé d'électricité, par toutes les vicissitudes atmosphériques, et par la trop grande humidité de l'air. M. Barras pense que les hémorrhagies abondantes, les évacuations sanguines et principalement l'abus des saignées locales à l'épigastre, l'usage long-temps prolongé des alimens atoniques, du poisson, des farineux, des boissons aqueuses, délayantes et mucilagineuses, peuvent aussi produire l'hypocondrie. Toutes ces assertions sont vraies, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de les vérifier.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, etc. Les symptômes de l'hypocondrie sont nombreux et très-variés, il n'est pas toujours facile de les distinguer de ceux de la gastrite chronique; essayons d'en tracer les caractères.

Lorsqu'un malade se présente avec des troubles dans les digestions, s'il est d'un tempérament nerveux, s'il a déjà été affecté de névroses, si sa maladie s'est développée sous l'influence de causes morales, si elle paraît n'avoir pas influé sur son teint, son embonpoint et ses forces, s'il s'en exagère la gravité, on peut déjà soupçonner que son affection est de nature nerveuse. On n'en pourra plus douter s'il éprouve les symptômes suivans: douleur à la région épigastrique, rapide, passagère, intermittente, réveillée par toutes les sensations vives et surtout par les émotions pénibles, soulagée au contraire par la pression, et se faisant sentir jusque dans les parois du thorax, le dos et les épaules; sensation de gonflement subit de l'estomac, de chaleur ou de froid vif, ou de formication, à l'intérieur de cet organe; battemens artériels vifs, forts, intermittens, à l'épigastre ou dans les hypocondres; nausées, éructation de gaz insipides et inodores; langue blanche, plate et humide; quelquefois démangeaison ou sentiment de picotement et de goût poivré sur cet organe; absence de soif et de mauvais goût à la bouche; appétit variable, bizarre, capricieux, mais rarement nul; contact des alimens senti quelquefois sur la muqueuse digestive; digestions quelquefois douloureuses, pénibles, accompagnées de nausées de rapports, de coliques, et d'autres, fois, faciles, non senties, rapides, et, dans tous les cas, finissant par s'achever complètement; vomissemens fréquens de liquides et de mucosités, rarement d'alimens solides; constipation très-opiniâtre; urines fréquentes, claires et limpides; pouls petit, rarement fréquent; étouffement; palpitations; sensations variées dans toutes les régions du corps; inquiétude vive du malade sur sa santé; tristesse; dégoût de la vie; crainte de la mort; attention continuellement fixée sur son estomac; frayeur aux moindres sensations qu'il éprouve vers cet organe; crainte de prendre des alimens, soin minutieux dans leur choix et leur préparation; persuasion intime d'être affecté d'une maladie mortelle, et de toutes celles dont il entend parler, apathie, indifférence pour les autres; égoïsme (Barras).

On pense bien qu'il n'est pas nécessaire que tous ces symptômes soient réunis pour caractériser une hypocondrie: ainsi, par exemple, la douleur gastrique n'existe pas toujours, et les symptômes de tristesse, de crainte de la mort, etc., ceux, en un mot, que l'on désigne plus spécialement en général sous le nom de symptômes d'hypocondrie, bien que les plus constans ne se montrent pas dès le début de la maladie; ils ne se manifestent ordinairement que lorsqu'elle dure déjà depuis quelque temps. Mais il faut cependant en réunir un certain nombre pour pouvoir porter un diagnostic précis. Quelques particularités de la marche de la maladie décèlent surtout sa nature nerveuse. Ainsi les distractions, les voyages, et même une simple promenade à la campagne, quand le malade habite une grande ville, suffisent pour suspendre tous les accidens; souvent même ils disparaissent tout-à-fait pendant quelque temps sans cause connue; ils se renouvellent pour la cause morale ou physique la plus légère, enfin, la maladie dure quelquefois un grand nombre d'années sans diminuer ni les forces ni l'embonpoint du malade. Malgré tous ces signes cependant, on est parfois fort embarrassé pour prononcer sur la nature du mal; dans ces cas, il faut avoir recours à une sorte de pierre de touche qui dissipe bientôt toute incertitude. On prescrit une application de sangsues à l'épigastre, ou seulement l'usage exclusif du lait et des bouillies pendant quelques jours, et si l'irritation de l'estomac est nerveuse, on en est promptement averti par un accroissement des symptômes que détermine presque toujours cette médication.

primer. Qu'il nous soit permis de faire remarquer ici combien sont peu fondées les critiques amères dont M. Barras a rempli son livre. Il accuse tous les médecins physiologistes de ne voir partout que des phlegmasies, de retrancher la *classe des névroses*, etc., et cependant, long-temps avant la publication de son premier Mémoire (1), le premier volume de la première édition de cet ouvrage avait paru, et M. Barras avait pu y voir que nous admettions *treize* classes de maladies, que les phlegmasies ne formaient qu'un des *six* ordres de l'*une* de ces classes, et que les *névroses*, parmi lesquelles s'en trouvaient plusieurs de l'estomac, y tenaient le même rang. Nous méritions peut-être que M. Barras fît une exception en notre faveur; la justice et la bonne foi lui en faisaient peut-être un devoir. Mais, aujourd'hui c'est une chose obligée, que de répéter à tout propos que la nouvelle doctrine regarde toutes les maladies comme des inflammations, et M. Barras n'a pas voulu se priver d'un aussi beau thème à déclamations.

(1) *Revue médicale*, novembre et décembre 1825, et janvier 1826.

L'hypocondrie e'est pas une maladie grave; elle ne le devieut que lorsque la violence de la douleur gastrique ou l'abus des excitans finissent par déterminer une congestion sanguine de la membrane muqueuse de l'estomac, et provoque son inflammation. Elle n'a pas de caractères anatomiques appréciables. Quelques auteurs ont voulu en placer le siége exclusif dans le cerveau (Georget, Falret, Gaulthier de Claubry): mais nous pensons avec Pinel, MM. Louyer-Villermay, Esquirol, Broussais, Barras, etc., que le point de départ de tous les accidens dans cette maladie est la muqueuse gastrique. Il faut créer un autre nom pour l'affection cérébrale que l'on confond avec l'hypocondrie, et avant tout en bien spécifier les caractères.

*Traitement.* Le traitement de l'hypocondrie réclame plutôt des moyens hygiéniques que des médicamens; c'est par le régime, l'exercice, l'air de la campagne, et des moyens moraux, qu'on en obtient en général la guérison. Le régime se compose de potages gras, d'œufs frais, de viandes rôties ou grillées, de légumes au jus, et de vin de Bordeaux. Ces alimens doivent être pris froids autant que possible; leur quantité est proportionnée à l'appétit des malades, à moins qu'il n'y ait *boulimie;* le nombre des repas ne doit pas dépasser deux à trois par jour; il importe qu'ils soient faits à des heures réglées. Quand la sensibilité de l'estomac est trop vive, il faut commencer par des alimens doux, tels que les soupes maigres, les viandes blanches, les fruits cuits, et n'arriver que graduellement à des substances plus toniques, telles que celles que nous avons indiquées les premières. On doit au reste tenir compte des goûts et des répugnances des malades, et y céder autant que possible.

En même temps que l'on soumet le malade au régime indiqué, il faut essayer d'agir sur son moral en calmant ses craintes chimériques sur sa maladie, en détournant son attention sur d'autres objets, et en cherchant à écarter ou à détruire la cause morale qui a produit l'hypocondrie. Un exercice doux et modéré, le jardinage, l'équitation, etc., et l'habitation à la campage, secondent parfaitement les effets de ces moyens et en assurent le succès; on doit donc toujours les recommander.

Mais il est des cas dans lesquels on ne peut pas se borner au seul emploi des moyens précédens, et où il faut avoir recours à de plus actifs. C'est ainsi que dans les cas où la douleur gastrique est très-violente, dans ceux ou la maladie s'est déclarée à la suite de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, enfin chez les sujets pléthoriques, on retire d'excellens effets d'une ou plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, à l'anus ou à la vulve, suivant l'indication. On prescrit avec avantage à quelques malades, l'eau de veau et celle de poulet dans les premiers temps de la maladie; on les remplace plus tard par des boissons successivement plus excitantes; M. Barras dit avoir retiré d'excellens effets de l'infusion sucrée de gland de chêne brûlé; nous avons souvent employé l'eau de Seltz avec succès. A mesure que la maladie tire à sa fin, on peut augmenter encore les propriétés toniques des boissons, et prescrire les infusions de chicorée, de rhubarbe, d'absynthe, de petite centaurée, de quinquina, l'eau ferrée, les eaux minérales, etc. Si les douleurs gastriques sont vives, on réussit à les calmer par l'eau à la glace, et par des applications de glace pilée sur la région épigastrique; mais le meilleur moyen d'y parvenir est l'opium à l'intérieur ou à la surface d'un vésicatoire; quand ces douleurs sont moins fortes, il suffit seulement d'un emplâtre de thériaque et d'opium à l'épigastre pour les faire cesser. On a aussi employé dans le début, mais aussi avec moins de succès, l'extrait de jusquiame, l'eau de laurier-cerise, la belladone, et d'autres stupéfians; Schmidtmann fait le plus grand éloge de la noix vomique (en poudre, depuis deux jusqu'à six grains, en extrait, un grain de trois heures en trois heures). Quelques auteurs ont aussi vanté l'oxide de bismuth, la menthe poivrée, et tous les antispasmodiques; mais il ne paraît pas que tous ces moyens jouissent de l'efficacité qu'on leur attribue. Enfin, on a dans quelques cas fait appliquer avec succès des vésicatoires ou des moxas sur la région de l'estomac. Les bains froids et prolongés sont très-avantageux; on se trouve bien aussi de l'administration de la magnésie chez les personnes qui vomissent beaucoup de mucosités, et de quelques purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, lorsque la constipation est ancienne et opiniâtre.

Tels sont les moyens généralement usités contre l'hypocondrie. Tout en les conseillant nous devons, rappeler aux praticiens que l'irritation nerveuse de l'estomac touche de près à son irritation inflammatoire, que souvent même ces deux modes d'irritation s'y trouvent combinés, et qu'il faut par conséquent savoir s'arrêter si on s'aperçoit que le traitement tonique aggrave les accidens, de même qu'on doit cesser immédiatement l'emploi des antiphlogistiques si on le voit manifestement suivi d'un accroissement de symptômes. Quelquefois on ne peut obtenir la guérison qu'en combinant ces deux ordres de moyens. Dans les cas douteux, il y a toujours moins de danger à commencer le traitement par les antiphlogistiques que par les toniques.

### Du vomissemeut nerveux.

Le vomissement nerveux est presque toujours symptomatique de l'affection d'un organe éloigné, comme de l'irritation de l'utérus par la présence du fœtus, de celle du rein ou des uretères par un calcul, ou d'une irritation encéphalique. Il ne réclame alors aucune médication, et le traitement doit être dirigé contre l'affection principale. Celui qui dépend de l'état de grossesse mérite cependant une exception. On l'a combattu avec succès par l'eau de menthe, la liqueur minérale anodyne d'Hoffman, la racine de colombo, le carbonate de potasse, la magnésie. Nous l'avons fait cesser plusieurs fois par l'usage des glaces de limonadier; mais le moyen le plus efficace est la saignée du bras. On ne doit avoir recours à ces moyens que lorsque le vomissement est continuel et violent, et ne pas s'en occuper lorsqu'il est léger. Malgré l'état de grossesse, si le vomissement était l'effet de la phlegmasie de la membrane muqueuse gastrique, il faudrait le combattre par les antiphlogisti-

ques, c'est-à-dire traiter la gastrite comme il a été dit dans l'histoire de cette maladie.

Le vomissement nerveux est souvent occasioné par le mouvement d'une voiture et par le roulis d'un navire. On s'en débarrasse ordinairement sans remèdes, à mesure que l'on s'habitue à ces mouvemens. Les marins conseillent contre le dernier l'ingestion des liqueurs spiritueuses, et en particulier du rhum.

On ne connaît pas les causes du vomissement dépendant de la névrose non sympathique de l'estomac. On juge de sa nature par l'absence de toute irritation éloignée dont il puisse être le symptôme, et par son intensité, qui n'est nullement en harmonie avec la faiblesse des autres symptômes d'irritation gastrique. Ainsi, il n'y a pas de chaleur de la peau, de soif, de fréquence du pouls, de rougeur de la langue, et cependant les vomissemens sont violens et continuels; la douleur épigastrique seule est quelquefois très-vive; ces cas sont rares. On traite ces vomissemens par l'éther, l'opium, l'eau de fleurs d'oranger et le musc à petites doses, déposés sur l'estomac lui-même, ou par le camphre et l'assa-fœtida en lavemens. La potion de Rivière, et en général toutes les boissons contenant de l'acide carbonique, sont ordinairement d'un grand secours, mais les boissons à la glace et légèrement acidulées, sont peut-être encore plus efficaces. Quelquefois on est obligé d'en venir à l'application d'un vésicatoire ou d'un moxa sur la région épigastrique, pour mettre un terme à ces vomissemens.

### De la gastralgie, cardialgie, gastrodynie, épigastralgie.

Quelques individus sont pris de temps à autre, et tout à coup de douleurs vives et quelquefois atroces dans un point de l'estomac, se faisant sentir en même temps à la région épigastrique et dans le dos, accompagnées ou non de vomissemens, avec sentiment de constriction, anxiété plus ou moins forte, et communément défaillances. Cet état dure rarement au delà de quelques heures, dix à douze au plus; nous l'avons vu cependant se prolonger pendant plusieurs jours. Enfin, il se dissipe, et les malades jouissent ensuite de toute l'intégrité de leurs fonctions digestives, souvent pendant un assez long laps de temps, comme plusieurs mois, et même une année. Peut-on dire que ces individus soient atteints d'une gastrite chronique? Nous ne le pensons pas. Sans doute ces symptômes accompagnent le plus ordinairement une gastrite chronique, mais d'autres phénomènes, indiquant le trouble des digestions ou un état de souffrance continue de l'estomac, s'y joignent alors. Or, cela n'a pas lieu dans le cas qui nous occupe : nous en avons déjà observé d'assez fréquens exemples; nous ne pouvons donc y voir qu'une névrose de l'estomac. On ignore les causes particulières de cette affection; ce sont probablement toutes les stimulations gastriques chez des individus prédisposés. Les anciens auteurs lui assignent toutes celles de la gastrite; mais il faut se rappeler que cette phlegmasie ne leur était pas connue, et qu'ils la confondaient avec la névrose qui nous occupe, sous les dénominations ci-dessus indiquées. Les moyens qui paraissent soulager le plus promptement les malades dans cette affection, sont des linges chauds appliqués sur l'épigastre, les potions éthérées, les pédiluves chauds ou les sinapismes aux pieds, et surtout les bains. Plusieurs auteurs ont beaucoup vanté l'oxyde de bismuth : nous ne l'avons jamais employé ni vu employer. M. le docteur François nous a communiqué une observation très-intéressante de gastralgie des plus intenses, rebelle aux évacuations sanguines, aux bains et aux antispasmodiques, qui céda très-promptement à l'emploi du suc de laitue. Dans la gastralgie qui suit la cessation subite des douleurs articulaires, on doit, par des rubéfians, rappeler l'irritation au siége qu'elle a quitté, et la combattre par les linges chauds et les potions éthérées sur le nouveau siége qu'elle occupe. Mais il ne faut pas oublier un instant, qu'un degré presque insensible sépare la névrose de la phlegmasie, afin de se tenir toujours en garde contre celle-ci, d'éviter de la produire, et de l'attaquer immédiatement par les moyens connus si elle se déclare.

### Du pyrosis.

Il arrive fréquemment qu'après une digestion pénible, surtout le matin, au réveil, après un repas du soir trop copieux, on éprouve dans l'estomac une sensation de chaleur brûlante qui se propage dans l'œsophage, et est suivie de l'évacuation d'un liquide limpide très-âcre et brûlant la gorge. C'est à cette sensation, lorsqu'elle est très-intense et continue, qu'on a donné le nom de *pyrosis* ou *fer chaud*. Ce n'est plus là une névrose, mais bien une nuance de la gastrite, qui doit sa forme à la nature de la cause qui l'a produite; car il est remarquable qu'elle suit principalement les digestions difficiles de substances âcres, comme les viandes salées ou fumées, le lard rance, etc. Les boissons sucrées et fermentescibles, comme le cidre, concourent aussi à sa production. On sait que dans les pays du Nord, où l'on fait un usage fréquent des alimens ci-dessus et des boissons analogues au cidre, le pyrosis est très-commun. On le traite, dans ces contrées, par l'usage des viandes fraîches et du laitage. On emploie avec succès la magnésie calcinée contre cette affection, lorsqu'elle est accidentelle et passagère; mais quand elle est liée à l'existence d'une gastrite d'une certaine durée, on ne la guérit que par les moyens qui conviennent dans cette phlegmasie.

### Du pica ou malacia.

Cette singulière névrose de l'estomac consiste dans une perversion de l'appétit, qui fait repousser les alimens ordinaires et rechercher des substances dont personne ne fait usage, et qui n'ont même aucune propriété nutritive, telles que du charbon, du gravier, etc. On ne l'observe guère que chez quelques enfans maigres et très nerveux, chez les jeunes filles chlorotiques et non menstruées, et chez les femmes enceintes. On emploie encore contre cette affection les antispasmodiques que nous avons indiqués contre les affections précé-

dentes; on y joint souvent les ferrugineux, les amers et le quinquina. Quelquefois on ne parvient à la faire cesser que par l'emploi des émolliens. Les émétiques ont parfois été suivis de la guérison; il en a été de même de la saignée. Le traitement de cette névrose est tout-à-fait empirique.

### De la boulimie.

Nous avons dit que la boulimie était quelquefois le symptôme d'une gastrite chronique : il arrive quelquefois aussi qu'elle dépend d'une irritation nerveuse de la membrane muqueuse gastrique. Elle consiste dans une faim excessive et parfois insatiable, avec la faculté pour le malade de pouvoir digérer sans douleur la masse d'alimens qu'il ingère; car sans cette dernière condition, la boulimie n'est plus qu'un symptôme de gastrite. La présence des vers dans le conduit intestinal en est une des causes les plus ordinaires; elle accompagne presque toujours le diabétès; enfin, elle se manifeste fréquemment dans la convalescence des phlegmasies aiguës, et principalement des voies digestives. On la fait cesser, dans le premier cas, en expulsant les vers; dans le second, en guérissant le diabétès; dans le troisième, elle se dissipe ordinairement d'elle-même. En général, les personnes qui en sont atteintes ne doivent pas céder à leur appétit vorace; et s'il ne dépend pas de la présence des vers ou du diabétès, elles parviennent assez facilement à s'en débarrasser en n'usant, pendant quelques jours, que d'alimens fades, muqueux, farineux et non salés. Chez quelques individus, la boulimie paraît être un état naturel.

### De l'entéralgie, coliques nerveuses, iléus.

La colique est-elle toujours le symptôme de la phlegmasie des intestins? Non, sans doute; elle n'est souvent l'effet que d'une simple irritation qui ne s'élève pas à la phlogose. Mais existe-t-il des coliques nerveuses dans le sens que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire des douleurs ayant leur siége dans la membrane muqueuse intestinale, et que n'accompagnent ni une injection sanguine, ni un appel de fluides blancs proportionnel à leur intensité, ou, en d'autres termes, des affections de cette membrane dans lesquelles la douleur soit le phénomène prédominant et principal? on n'en saurait douter, les exemples en sont assez nombreux. On voit fréquemment des individus qui sont pris tout à coup d'une douleur vive dans un point de l'abdomen. Cette douleur est mobile; elle diminue et s'exaspère tour à tour, n'augmente pas par la pression, et souvent est soulagée par elle. La contraction spasmodique des parois abdominales, des borborygmes, la constipation, une anxiété générale, la pâleur et l'altération de la face, l'abattement, l'inquiétude, la petitesse et quelquefois l'inégalité du pouls, les sueurs froides et même les défaillances, l'accompagnent. Cet état, que nous avons vu se prolonger pendant un jour et demi, ne dure ordinairement que quelques heures, après lesquelles il ne reste qu'un peu de fatigue dans les membres. Est-ce là une phlegmasie ou une simple irritation? Qui peut se refuser à y voir une névrose?

Ordinairement ces accidens se dissipent d'eux-mêmes. On les combat avec succès par les potions huileuses, l'éther et l'opium, séparément ou réunis; les lavemens émolliens et narcotiques, les cataplasmes de même nature, ou tout simplement des serviettes chaudes sur l'abdomen, et les infusions tièdes de tilleul, de feuilles d'oranger, de fleurs de camomille, de thé, etc. Dans un cas de cette espèce, nous avions vainement employé tous ces moyens pendant plus de vingt-quatre heures, lorsqu'un bain entier dissipa tout comme par enchantement. A défaut de bains entiers, on peut employer les demi-bains. Les causes de cette affection ne sont pas toujours évidentes; l'impression du froid et les émotions vives, gaies ou tristes, sont les plus communes. On l'observe ordinairement sur des personnes nerveuses et sédentaires.

Cette affection existe souvent à l'état chronique, et c'est alors qu'on lui donne plus spécialement le nom d'*entéralgie*. Outre les symptômes que nous venons d'indiquer, elle est souvent accompagnée dans ce cas des symptômes nerveux auxquels on applique ordinairement le nom d'*hypocondrie*. C'est alors par les moyens que nous avons indiqués contre l'hypocondrie proprement dite, qu'il faut la combattre; les moyens ci-dessus indiqués lui conviennent également.

On a donné le nom d'*iléus* à la même affection accompagnée de vomissemens continuels des matières contenues même dans les intestins. Mais on a dit qu'il dépendait presque toujours de l'inflammation gastro-intestinale, d'une hernie étranglée, de la présence des vers ou de matières fécales endurcies, ou d'autres corps arrêtés dans les intestins, etc.; en un mot, dans l'étude des causes, on n'a plus fait de l'iléus que ce qu'il est réellement, un symptôme. Cependant, il existe un iléus nerveux ou spasmodique, dont on se fera facilement une idée, en réunissant les symptômes de la colique et du vomissement nerveux.

### Du spasme du rectum.

Le rectum se contracte quelquefois convulsivement sous l'influence d'une irritation légère de sa membrane muqueuse. Cet accident arrive principalement chez les personnes habituellement constipées, chez les individus nerveux, et surtout chez les femmes; peut-être aussi la constipation dont ces individus sont atteints est-elle plutôt le symptôme du spasme qu'elle n'en est l'effet. Quoi qu'il en soit, la constipation et l'impossibilité de prendre des lavemens sont les seuls symptômes par lesquels cette affection se manifeste. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent qu'il est arrêté par une coarctation de l'intestin, et non par une altération de ses parois; cette exploration ne provoque pas de douleur. Il est rare qu'on soit appelé à remédier au spasme du rectum; cependant cela arrive quelquefois. On peut souvent le prevenir chez les personnes habituellement très-constipées, en prescrivant un régime doux et relâchant, et des lavemens émolliens. Lorsqu'il

existe déjà, on emploie encore les mêmes moyens, et de plus, les douches ascendantes d'eau froide, ou d'eau sulfureuse, et si l'on ne réussit pas à le faire cesser, on a recours à la dilatation. A cet effet, on introduit dans le rectum une tente de charpie ou une bougie emplastique, enduite d'un mélange de cérat et d'extrait de belladone; on la pousse d'abord dans une direction perpendiculaire au périnée; et, après un pouce de trajet, on l'enfonce dans la direction de la courbure du sacrum; on ne la laisse d'abord séjourner qu'une demi-heure, ensuite toute la journée; on en augmente progressivement le volume.

### Du spasme de l'anus.

Le contour de l'ouverture de l'anus devient quelquefois le siége d'une contraction spasmodique de son sphincter externe, fort incommode en ce qu'elle apporte beaucoup d'obstacle à la défécation et qu'elle détermine même quelquefois la rétention prolongée des matières fécales. Si l'on veut introduire le doigt dans le rectum, on éprouve beaucoup de résistance, et pour franchir l'obstacle on détermine une vive douleur; mais on ne rencontre ni tumeurs, ni brides, ni engorgement de la membrane muqueuse, et cela éclaire sur la nature spasmodique de l'affection. Cette maladie en impose souvent pour une fissure, mais le plus léger examen a bientôt dissipé tous les doutes (Voyez] *Gerçures*). On la combat par les mêmes moyens que la précédente; c'est-à-dire par un régime relâchant, les lavemens, les douches ascendantes, l'extrait de belladone, et la dilatation. M. Nacquart s'est convaincu que l'on parvenait bien plus promptement et bien plus sûrement à guérir cette constriction spasmodique, en introduisant de prime-abord une très-grosse mèche, qu'en commençant par en introduire une très-petite pour en accroître ensuite successivement le volume.

### Du spasme de la vessie.

Les causes de cette névrose sont peu connues; les affections morales tristes paraissent être les plus fréquentes. Elle peut être produite par la suppression d'une dartre, du flux hémorrhoïdal, des menstrues, etc. On l'observe principalement sur des personnes de trente à quarante ans, faibles et très-nerveuses. On la reconnaît à une douleur vive, subite, avec sentiment de constriction, qui se manifeste dans la région hypogastrique, et se propage quelquefois jusqu'à l'extrémité de l'urèthre. L'urine se supprime; et si l'on sonde le malade, ce à quoi l'on ne parvient qu'avec beaucoup de difficultés, et ce qui même est impossible dans la violence du spasme, on trouve peu d'urine dans la vessie. Le malade n'éprouve pas d'envies d'uriner, mais il est agité, il ressent des angoisses, il est constipé; son pouls est petit et souvent irrégulier. Une abondante évacuation d'urine claire et aqueuse termine ordinairement ces symptômes. La durée du spasme de la vessie est ordinairement longue; il est sujet à de fréquentes récidives, et guérit difficilement. On y remédie par les boissons délayantes, mucilagineuses et émollientes, les applications de sangsues au périnée, les demi-bains et les bains entiers, les lavemens émolliens et narcotiques, les embrocations huileuses et camphrées, ou les fomentations émollientes et narcotiques sur la région hypogastrique; et quand la violence du spasme a été diminuée par ces moyens, on a recours aux pédiluves sinapisés, aux vésicatoires sans cantharides aux cuisses, et à l'usage intérieur des potions éthérées et camphrées. Pour en prévenir le retour, les auteurs conseillent l'emploi des antispasmodiques, tels que la valériane, l'assa-fœtida, et l'oxyde de zinc. L'usage de boissons délayantes, et prises en grande quantité; un régime doux, et privé de toutes substances stimulantes, les bains tièdes ou froids, et l'exercice, nous paraissent plus propres à atteindre ce but, que cette foule de médicamens décorés du nom d'*antispasmodiques*, qui nuisent aussi souvent au moins qu'ils sont utiles.

### Du spasme de l'urèthre.

L'uréthrite laisse quelquefois après elle une sensibilité plus vive que dans l'état naturel de la membrane muqueuse du canal de l'urèthre. La moindre cause, telle que le froid aux pieds ou quelques boissons stimulantes, la réveille et l'exalte encore, et souvent une douleur vive se fait sentir tout à coup dans un des points de l'étendue de ce canal; souvent aussi cette douleur n'est éveillée que par le contact de l'urine, et alors l'urèthre se contracte convulsivement, et l'émission de ce liquide est rendue très-difficile et même impossible pendant quelques instans. Ce spasme peut encore être produit par la seule introduction d'une sonde d'argent froide et non enduite de cérat. Quand on retire une sonde qui, par son séjour trop prolongé dans la vessie, s'est chargée de quelques incrustations, si on ne la remplace pas immédiatement par une autre, et que l'on attende seulement quelques minutes, le cathétérisme peut devenir impossible, la nouvelle sonde se trouvant arrêtée par la portion du canal contractée convulsivement par suite du froissement qu'elle a éprouvé. Mais quelle que soit la cause du spasme de l'urètre, les symptômes sont toujours les mêmes : l'excrétion des urines devient tout à coup difficile et douloureuse; elle est souvent suivie d'un écoulement muqueux qui tache le linge et a fait croire quelquefois à l'existence d'un catarrhe vésical : le besoin d'uriner se fait fréquemment sentir. Si on introduit une bougie, quand elle arrive sur le point du canal qui est contracté, elle produit la douleur la plus vive; elle éprouve une résistance très-marquée, surtout si elle est fine; elle est en quelque sorte pincée. Si on la laisse quelque temps en contact avec l'obstacle, et qu'on presse ensuite, elle le franchit; en sorte qu'on ne peut pas en rapporter l'empreinte. Le moindre excès aggrave les accidens.

On a traité des spasmes de l'urèthre pour des rétrécissemens de ce conduit; avec un peu d'attention, on évitera toujours de commettre cette méprise. Le traitement que réclame cette maladie est des plus simples; il consiste dans l'emploi des bains, des boissons délayantes, des injections émol-

lientes dans l'urèthre, des embrocations huileuses camphrées et narcotiques sur son trajet, et d'un régime doux. On est quelquefois obligé d'avoir recours à des applications de sangsues, et même à la saignée générale, mais ces cas sont rares. Dans quelques cas aussi, il est utile de faire une ou deux applications de caustique. ( Voyez *Rétrécissemens de l'urèthre.* ) Il suffit souvent pour faire cesser le spasme, d'introduire une grosse bougie jusqu'auprès du point contracté, et de la laisser pendant quelque temps dans cette position. L'urèthre s'habitue peu à peu à son contact, et lui permet bientôt d'arriver jusqu'à la vessie. Enfin on prévient le retour de la maladie, en faisant porter des bougies pendant quelque temps aux malades.

### Du spasme du vagin.

Le vagin est quelquefois si irritable qu'il se contracte vivement au moindre contact, et ne permet plus l'introduction du membre viril, ou rend cette introduction difficile et douloureuse pour la femme et le mari. Si l'on explore ce canal à l'aide du doigt, on éprouve de la difficulé à pénétrer, on cause de la douleur à la femme, et l'on remarque que la membrane muqueuse est sèche, aride, non lubréfiée par le mucus. Cet état de spasme et de sécheresse nous a paru être le plus souvent un symptôme d'affection chronique de l'utérus; quelquefois cependant il existe indépendamment de toute autre maladie. On y remédie dans ce dernier cas par des lotions et des injections émollientes et mucilagineuses, et par l'introduction de grosses mèches enduites d'un corps gras, tel que la pommade de concombre, du beurre, de bonne huile, un mélange de cérat et d'extrait de belladonne, etc.

## NÉVROSES DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

### Considérations générales.

On n'observe jamais de névroses dans le système musculaire de la vie animale, à moins qu'on ne veuille considérer comme telles et comme étrangères à toute irritation du cerveau, de la moelle épinière ou des troncs nerveux, ainsi que le pensent quelques médecins, les crampes particulières d'un seul muscle, les rétractions d'un seul doigt, certaines contractions des membres, etc. Mais nous avons vu que ces convulsions partielles devaient être rapportées aux irritations nerveuses bornées à un seul nerf, de même que les mouvemens convulsifs généraux, les contractions tétaniques, l'épilepsie, tous les grands désordres musculaires en un mot, doivent être regardés comme émanant du cerveau ou du cordon rachidien. On ne doit jamais perdre de vue, lorsqu'on observe des désordres musculaires, que, comme moyens de diagnostic, les muscles sont au cerveau ce que les artères sont au cœur, et que, si le médecin juge de l'état du cœur par celles-ci, il doit apprécier l'état du cerveau par ceux-là.

Il n'en est pas de même du système musculaire de la vie végétative ; il devient quelquefois le siége de névroses. Nous avons déjà vu qu'on pourrait à la rigueur considérer, comme des irritations nerveuses de ce système, tous ces spasmes des membranes muqueuses, que n'accompagne aucun signe d'inflammation, et dans lesquels le symptôme principal consiste dans une contraction convulsive ; mais nous avons vu en même temps que s'il est incontestable que la contraction spasmodique des plans musculaires des bronches, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, etc., existe dans ces affections, bien loin de pouvoir démontrer qu'elle est primitive, il paraît hors de doute qu'elle est constamment provoquée par l'irritation de la membrane muqueuse de ces parties. Le cœur et l'utérus sont donc en dernier résultat les seuls organes musculaires de la vie végétative qui nous offrent des exemples de névroses; ces névroses sont : les *palpitations*, l'*angine de poitrine*, et la *dysménorrhée.*

### Des palpitations.

Nous avons vu que les contractions du cœur devenaient plus fréquentes et plus fortes dans l'hystérie, dans l'épilepsie, dans la péricardite, etc. ; nous avons dit aussi que, dans la cardite, elles acquéraient plus de fréquence et d'intensité; nous verrons bientôt qu'il en est encore de même dans l'irritation nutritive ou l'hypertrophie du cœur: on désigne cet état du cœur par le nom de *palpitations.* Dans toutes les circonstances que nous venons de citer, les palpitations ne sont qu'un symptôme ; mais assez fréquemment elles existent sans que l'on puisse les rapporter à une lésion appréciable de l'organe central de la circulation, ni à celle d'un organe éloigné qui agirait sympathiquement sur celui-ci, et ce sont ces dernières qui doivent seules nous occuper dans cet article.

*Causes.* Les tempéramens nerveux ou sanguin, la pléthore, et le sexe féminin, sont regardés par les auteurs comme les causes prédisposantes ordinaires des palpitations. On les voit constamment se manifester sous l'influence des émotions vives, telles que la colère, la joie, l'amour, etc.; mais elles se dissipent avec le mouvement passionné qui les avait fait naître. Si cependant les émotions se répètent fréquemment, le cœur finit par devenir tellement irritable, qu'une foule de causes même légères en accélère les battemens et les rend plus énergiques, et que les palpitations deviennent en quelque sorte habituelles. Un second ordre de causes les produit avec non moins d'efficacité, ce sont les stimulans gastriques, et principalement ceux qui exaltent en même temps le système nerveux, tels que le café, les liqueurs spiritueuses, le thé, etc. Enfin, elles sont quelquefois aussi déterminées par des exercices violens, la danse prolongée, les courses souvent renouvelées, et par les excès vénériens. Une perte considérable de sang est souvent une cause de palpitations, mais elles ne sont alors qu'accidentelles et se dissipent en quelques jours.

*Symptômes et marche.* Les palpitations se reconnaissent aisément à l'énergie plus grande, et à l'accélération des contractions du cœur. Ces contractions sont vives, fortes, tumultueuses, les malades eux-mêmes les ressentent, ils entendent souvent le bruit des mouvemens de l'organe, et la

région précordiale est parfois ébranlée par des secousses brusques et violentes. Les caractères qui distinguent ces palpitations de celles qui dépendent d'une lésion matérielle du cœur, consistent uniquement dans l'absence des symptômes propres à cette dernière lésion.

Quelquefois les contractions du cœur ne sont que plus intenses sans être plus fréquentes ; d'autres fois au contraire leur fréquence seule est accrue et non leur force; dans quelques cas rares elles sont accélérées, et en même temps plus faibles que dans l'état normal; mais le plus ordinairement elles sont à la fois plus énergiques et plus accélérées. Il est rare qu'elles soient continues; lorsque cela a lieu, il est plus que probable qu'elles dépendent d'une irritation du cœur qui a déjà apporté des modifications dans sa texture, et que cette lésion est trop peu profonde encore pour s'annoncer par d'autres symptômes. En général, les palpitations sont intermittentes, irrégulières, et ne se font sentir que lorsque des causes excitantes viennent les réveiller.

*Traitement.* Chez les individus sanguins, comme chez ceux qui se trouvent passagèrement dans un état de pléthore, les palpitations cèdent presque toujours très-promptement à une saignée du bras, et, dans quelques cas même, à une application de sangsues à l'anus. Dans toutes les autres circonstances, c'est aux antispasmodiques, au régime, aux bains froids ou tièdes, et surtout à l'emploi de la digitale ou de l'acide hydrocyanique qu'il faut avoir recours. Mais on sent que ces moyens doivent rester sans effet, si la cause qui fait naître les palpitations persiste; il faut donc commencer par faire renoncer le malade au café, aux spiritueux, aux excès vénériens, ou tâcher d'écarter ou de guérir la passion qui le domine, selon que ses palpitations sont entretenues par l'une ou par l'autre de ces causes.

### De l'angine de poitrine.

On a donné le nom d'*angine de poitrine* à un groupe de symptômes dont la source n'est pas bien connue. Nous croyons qu'on doit le rapporter à une irritation nerveuse du cœur, et nous allons essayer d'étayer notre opinion par quelques considérations tirées de l'examen des causes, des symptômes et des caractères anatomiques de la maladie. Confondue avec l'asthme jusqu'à Rougnon, décrite sous le nom d'*angine de poitrine* quelques années après par Heberden, elle a encore été nommée *asthme convulsif*, *goutte diaphragmatique*, *syncope angineuse*, *sternalgie*, *sténocardie*, etc. Le nom qui lui conviendrait le mieux serait celui de *cardialgie*.

*Causes.* Les hommes sont beaucoup plus fréquemment affectés de l'angine de poitrine que les femmes; elle attaque de préférence ceux qui ont une constitution apoplectique et un cœur volumineux; on l'observe rarement avant l'âge de quarante à cinquante ans. On ignore les causes de son développement, et la seule que les auteurs relatent, est la suppression trop brusque des phlegmasies des muscles ou des articulations. Mais comme elle revient par attaques, on connaît bien les causes qui en déterminent le retour : ce sont toutes les variations considérables de température, et principalement l'impression d'un air vif et pénétrant, tous les mouvemens brusques et accélérés, la marche rapide, l'action de monter, l'équitation dans une direction contraire à celle du vent, les excès d'alimens ou de liqueurs spiritueuses, et les impressions morales vives. Il suffit souvent, pour rappeler les attaques dans les dernières périodes de la maladie, de la toux et de l'éternuement, du simple exercice de la parole, et des plus petits efforts. Presque toutes ces causes agissent évidemment sur le cœur, directement ou indirectement, mais elles agissent aussi sur d'autres organes, ce qui s'oppose à ce que nous puissions en tirer des conséquences favorables à notre opinion sur la nature de la maladie; nous ferons seulement remarquer qu'aucune n'est en opposition avec elle.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Un symptôme principal caractérise pour ainsi dire cette affection. C'est une douleur vive, lancinante ou déchirante, qui se fait sentir d'une manière subite pendant que l'individu marche, derrière le sternum, plus à gauche qu'à droite, à la partie inférieure, moyenne ou supérieure de cet os. Cette douleur fait éprouver un sentiment de constriction dans le lieu qu'elle occupe, elle fait craindre la suffocation ou la syncope, et force le malade à s'arrêter. Dans les premiers temps, elle ne dure que quelques minutes et se dissipe par le simple repos. A mesure que la maladie devient plus ancienne, les attaques se prolongent jusqu'à durer une demi-heure, une heure, et plus; elles se répètent plus souvent, et sont provoquées par les causes légères que nous avons énumérées. Elles finissent même par survenir spontanément pendant la nuit, surtout après le premier sommeil. Alors la douleur ne reste plus bornée à la poitrine; le plus ordinairement elle se propage au bras, à l'avant-bras et même jusqu'au poignet et aux doigts, quelquefois aux deux membres supérieurs à la fois, et y produit un engourdissement qui empêche les mouvemens. Parfois elle n'envahit pas les membres supérieurs, et s'étend au cou, à la mâchoire inférieure et à l'oreille, et détermine un sentiment de strangulation et de la difficulté à parler; plus rarement elle se fait ressentir à l'épigastre. Il existe en général peu de trouble dans la respiration, elle est seulement plus fréquente; c'est la violence de la douleur qui fait craindre la suffocation, c'est elle qui force les malades à se presser la poitrine ou se la renverser en arrrière, mais tous font avec facilité de profondes inspirations. Ce n'est que lorsque le désordre est devenu considérable que la respiration est gênée. Le pouls n'éprouve quelquefois aucune modification, d'autres fois il est fréquent, fort, faible, concentré ou irrégulier. La face est ordinairement pâle, quelquefois rouge; la peau parfois couverte d'une sueur froide et visqueuse aux extrémités, l'urine ténue et claire, et, dans quelques cas, rendue involontairement dans la violence des attaques. Celles-ci se terminent souvent par des éructations et des renvois de gaz; elles laissent après elles ou un simple engourdissement dans la poitrine, qui se dissipe au bout de quelques instans, ou un tremblement et une faiblesse générale

avec un sentiment de brisement dans les parties qu'occupait la douleur, qui persiste plus ou moins, et même ne se dissipe pas complètement lorsque la maladie est très-avancée. M. Raige-Delorme a observé un exemple d'angine de poitrine, dans laquelle les douleurs très-violentes occupaient, dès la première attaque la partie postérieure du sternum, la totalité des membres supérieurs, le cou et la mâchoire inférieure à la fois.

La durée de cette affection est indéterminée; elle varie depuis quelques jours jusqu'à dix et vingt ans. Sa terminaison la plus fréquente est la mort, ordinairement subite dans le cours d'une attaque, quelquefois lente, et amenée par les progrès du mal. Les exemples de guérison en sont extrêmement rares.

Nous ne pouvons pas nous livrer à une longue analyse des phénomènes morbides que nous venons d'exposer; mais il nous semble qu'une douleur qui produit des symptômes aussi graves ne peut avoir sa source que dans un organe important. Ni la souffrance du sternum ni celle du médiastin, ni celle du poumon, quelque intenses qu'on les suppose, ne rendent raison de l'invasion subite et de la violence des attaques; celle du cœur ou des nerfs reste donc seule pour nous les faire concevoir. Les résultats des ouvertures de cadavres vont nous apprendre à laquelle de ces deux parties l'on doit rapporter les accidens de l'angine de poitrine.

*Caractères anatomiques.* On trouve, à l'ouverture des cadavres, des rétrécissemens des orifices du cœur ou des gros vaisseaux qui en partent, l'ossification des artères coronaires, l'hypertrophie ou la dilatation des ventricules, de la graisse accumulée sur le péricarde et sur le cœur, et dans le médiastin. Les auteurs citent encore beaucoup d'autres lésions, mais elle n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe. Celles que nous avons indiquées se rencontrent dans le plus grand nombre des cas, mais on les observe aussi sans que les symptômes de l'angine de poitrine aient existé pendant la vie, *et vice versâ.* Que faut-il en conclure? que la maladie dite *angine de poitrine* est une irritation nerveuse du cœur, accompagnant chez quelques individus prédisposés toutes les maladies de cet organe, et pouvant probablement exister isolée dans quelques cas.

*Traitement.* Il repose presque entièrement sur l'emploi des antispasmodiques et révulsifs. Ainsi l'opium, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, le castoréum, etc., les vésicatoires, les cautères, les sétons sur la poitrine, aux bras, aux cuisses, sont les moyens dont on a retiré les meilleurs effets, soit pour combattre les attaques, soit pour les prévenir. La saignée est presque constamment nuisible, si on la pratique pendant le paroxysme: il vaut donc mieux avoir recours aux révulsifs instantanés et aux antispasmodiques. On a conseillé de faciliter la sortie des gaz, à la fin des paroxysmes, par l'eau de menthe poivrée, celle de mélisse, de fenouil, etc. L'usage des minoratifs a paru utile à quelques médecins dans l'intervalle des attaques: Heberden dit avoir prévenu les accès de la nuit par l'administration du vin, des cordiaux, et surtout de la teinture thébaïque. On voit qu'il règne beaucoup d'incertitude sur le traitement de cette maladie. Elle est le plus ordinairement au dessus des ressources de l'art; mais on peut rendre les attaques moins fréquentes, et peut-être moins fortes, en écartant avec soin les causes, en mettant le malade à un régime sévère et peu stimulant, et en lui recommandant un exercice modéré; et s'ils est sanguin et pléthorique, en lui pratiquant de temps à autre une légère saignée par la lancette ou par quelques sangsues à l'anus. Enfin, s'il existe une hypertrophie ou une dilatation du cœur, ou un rétrécissement de l'un des orifices de cet organe, il faut mettre en usage le traitement de ces affections.

### De la dysménorrhée.

L'écoulement difficile des règles a reçu le nom de *dysménorrhée.* C'est moins une maladie que l'exercice difficile et douloureux d'une fonction: les causes en sont peu connues; on a remarqué seulement que les femmes ardentes, d'un tempérament nerveux, d'une constitution sèche, bilieuse, abusant du coït et cependant stériles, en étaient plus fréquemment affectées que les autres. Cette affection ne nous paraît être que le symptôme d'une névrose de l'utérus; il ne faut pas la confondre avec celle qui accompagne la métrite chronique. Au reste, la névrose de l'utérus est souvent suivie de son inflammation chronique, et par suite du squirrhe ou du carcinôme de cet organe. Les symptômes qui la caractérisent consistent dans un écoulement difficile et douloureux des règles, accompagné de douleurs vives dans le dos, les lombes et la région hypogastrique, de *coliques de matrice* ou *coliques utérines*, comme les appellent quelques auteurs, de chaleur et de démangeaison dans le vagin et au col de la matrice, quelquefois d'anxiété, de constriction de la gorge et d'insomnie; l'écoulement du sang ne se fait que goutte à goutte, quelquefois il part avec force, mais toujours avec beaucoup de douleurs utérines. Les bains tièdes, les pédiluves chauds, les injections narcotiques, ou avec les décoctions de ciguë, de morelle, quand la démangeaison est trop vive, ou émollientes si la chaleur locale est considérable, les demi-lavemens, les bains de fauteuil, les saignées locales, quelquefois celle du bras chez les femmes pléthoriques, pratiquées la veille des règles, et à l'intérieur, les boissons calmantes, comme les émulsions avec addition de sirop diacode, l'extrait gommeux d'opium à petites doses, l'acétate d'ammoniaque, tels sont les moyens qu'on dirige avec le plus d'efficacité contre cette affection. Cette thérapeutique tend à confirmer l'opinion que la dysménorrhée est le symptôme d'une névrose de l'utérus. A-t-elle son siége dans le tissu même de l'organe ou dans sa membrane interne? La première de ces opinions nous paraît la plus probable. Cependant, jusqu'à ce que nous possédions plus de lumières sur son véritable siége, nous la laisserons parmi les névroses des membranes muqueuses.

# ORDRE CINQUIÈME.

## IRRITATIONS SÉCRÉTOIRES OU HYPERDIACRISIES.

### De l'hyperdiacrisie en général.

Toutes les sécrétions, cutanées, muqueuses, séreuses, glandulaires et autres, sont susceptibles d'un accroissement insolite qui peut s'élever à l'état morbide. Tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, cet accroissement de sécrétion n'est que le symptôme d'une autre maladie, et n'a par conséquent d'importance que comme élément de diagnostic; et tantôt, au contraire, il constitue par lui-même un véritable état morbide, indépendant de toute autre affection, et auquel on doit par conséquent consacrer désormais une place et une étude spéciale dans tout traité de pathologie. C'est à cet accroissement morbide de la sécrétion d'un tissu sans altération appréciable de sa texture et indépendant de tout état morbide éloigné, que nous donnons le nom d'*hyperdiacrisie*. (1).

Les causes de l'hyperdiacrisie sont variables suivant les organes par lesquels elle s'opère, et ne peuvent par cette raison, être étudiées d'une manière générale. Cependant il est digne de remarque que, dans la grande majorité des cas, elle survient sous l'influence du froid humide. En diminuant la transpiration cutanée, soit d'une manière passagère, mais violente, soit d'une manière continue, mais peu forte, le froid humide, en effet, force un autre organe à suppléer par un accroissement de sa sécrétion à la sécrétion diminuée de la peau, et l'irritation sécrétoire s'établit. C'est ainsi que les choses se passent pour la plupart des super-sécrétions muqueuses, des épanchemens et des infiltrations idiopathiques dans les membranes séreuses et dans le tissu cellulaire, et même pour plusieurs hyperdiacrisies glandulaires, le diabétès, par exemple. Mais l'irritation sécrétoire ne se développe pas toujours par l'influence de cette cause; il en est de spéciales qui les font naître quelquefois; nous les ferons connaître plus tard.

L'écoulement au dehors, ou l'accumulation, ou l'infiltration du produit sécrété en trop grande abondance, est en général le seul signe par lequel s'annonce l'hyperdiacrisie. Ni douleur, ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction, ni désorganisation, etc., en un mot, aucune altération appréciable du tissu par lequel elle s'opère, ne l'accompagnent. Cette absence de symptômes est même une des conditions de sa nature, puisque nous avons dit que lorsqu'un accroissement de sécrétion existait avec une autre maladie, il n'en était plus alors qu'un des symptômes, et ne constituait plus un état morbide spécial. Avec le temps cependant, on voit peu à peu s'y joindre de nouveaux phénomènes morbides; on peut tous les rapporter aux deux chefs suivans : épuisement par l'excès de la sécrétion quand le produit en est rejeté au dehors, distension de la partie dans laquelle le fluide sécrété s'accumule et compression des organes voisins, quand ce liquide reste emprisonné au sein des parties.

L'irritation sécrétoire est en général un état morbide peu grave. Cependant, quand la sécrétion anormale est trop abondante, ou bien lorsqu'elle s'opère auprès d'un organe important, comme le cerveau, le cœur, le poumon, par exemple, la mort peut être la suite de la compression que le liquide exerce sur cet organe, et de l'obstacle qu'il apporte à l'accomplissement d'une fonction importante. Hors ces cas, l'hyperdiacrisie ne devient pas mortelle par elle-même, et si les malades succombent c'est ordinairement à une inflammation aiguë ou chronique du tissu qu'elle affecte. Ce mode d'irritation ne laisse sur les cadavres aucune altération appréciable qui ne lui soit propre, et les lésions qu'on rencontre souvent à la suite appartiennent à d'autres maladies.

Le traitement de l'irritation sécrétoire repose sur les indications suivantes : détruire l'irritation morbide, soit directement, soit en provoquant des sécrétions artificielles qui fassent cesser la sécrétion anormale; donner issue au liquide sécrété lorsqu'il s'est accumulé dans une cavité accessible aux moyens chirurgicaux, et empêcher sa reproduction.

La première indication réclame tous les moyens antiphlogistiques que nous avons déjà fait connaître; toutefois c'est parmi les révulsifs plus encore que parmi les évacuations sanguines qu'il faut les choisir. Les moyens qui excitent des sécrétions abondantes par une voie quelconque, tels que les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, sont parmi les révulsifs, ceux qu'il faut préférer, en raison même de leur mode spécial d'action et cependant on ne doit pas négliger l'emploi des suppurations extérieures qui, à l'avantage d'établir une sécrétion artificielle, joignent celui de révulser directement l'irritation qui provoque la sécrétion anormale. Les uns et les autres doivent être secondés de l'emploi des saignées locales, dans tous les cas où l'irritation est forte et accompagnée de congestion sanguine, et de celui des saignées générales chez les sujets jeunes et pléthoriques.

La seconde indication, celle qui consiste à donner issue au liquide accumulé, exige des procédés particulier, suivant le lieu où existe la collection; nous les ferons connaître plus tard; une seule règle générale leur est commune à tous, c'est celle de ne livrer qu'une petite issue au liquide épanché, afin d'empêcher que l'air ne pénètre dans le sein de la cavité qui le renfermait, et ne détermine une violente inflammation des parois de cette poche. Quant à l'indication de prévenir la reproduction du liquide, on la remplit en insistant sur l'emploi des moyens antiphlogistiques directs et révulsifs, et dans quelques cas particuliers, en provoquant l'inflammation des parois de la cavité qui le contenait.

(1) De ὑπὲρ *au delà*, διακρὶνω, *je sécrète*. Dans son *Précis d'anatomie pathologiqne*, M. Andral a très-bien démontré la nécessité de créer une classe de maladies comprenant toutes les sécrétions morbides, mais il a oublié d'ajouter que nous avions établi cette classe dès la première édition de cet ouvrage, cinq ans auparavant la publication du sien.

## HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

### Considérations générales.

Le tissu cellulaire devient le siége fréquent d'infiltrations séreuses. Ainsi, chez les individus affaiblis par une longue maladie, et qui ont gardé le lit pendant long-temps, les pieds s'infiltrent dans la convalescence par le seul fait de la station verticale; ils s'infiltrent encore, à la fin des dilatations du cœur qui apportent beaucoup d'obstacle au libre cours du sang, et dans les derniers mois de la grossesse par suite de la compression qu'exerce le fœtus sur les veines iliaques; un membre entier, thoracique ou abdominal, s'engorge de sérosité, lorsque sa veine principale est oblitérée (1), lorsqu'il est retenu long-temps immobile et comprimé dans un appareil, et lorsqu'il est le siége d'un ulcère ancien; les paupières se remplissent de liquide séreux, à l'occasion des plaies de la tête, et en général de toutes les irritations un peu vives de la peau du crâne ou de la face; le prépuce se gonfle et se disteud par l'afflux du même liquide, lorsqu'il est irrité par le pus d'un chancre un peu considérable du gland, ou par la matière que sécrète la membrane muqueuse de l'urèthre violemment enflammée, etc., etc. Toutes ces infiltrations partielles ont reçu le nom d'*œdème*. Symptomatiques d'autres affections, elles ne doivent pas faire une classe particulière de maladies, et ne nous arrêteront pas davantage.

Mais il existe une infiltration de tout le tissu cellulaire, qui n'est plus un simple symptôme d'une maladie éloignée, et qui en général, au contraire, dépend directement de l'irritation sécrétoire de ce tissu lui-même, et à laquelle nous devons par conséquent consacrer une description particulière; on la connaît sous le nom d'*anasarque*.

### De l'anasarque.

L'infiltration générale du tissu cellulaire peut aussi n'être que le symptôme d'une autre maladie; c'est ainsi qu'on la voit assez souvent survenir dans le cours des anévrysmes du cœur; mais sous cette forme elle ne doit pas nous arrêter. La seule qui doit nous occuper ici est celle que les auteurs appellent *anasarque active*, celle que MM. Désessarts et Breschet ont si bien fait connaître (2).

*Causes*. Cette anasarque peut attaquer tous les individus à tous les âges, mais elle survient plus fréquemment aux sujets pléthoriques, sanguins, dans la jeunesse, l'âge adulte et l'âge mûr. Elle n'est cependant pas rare chez les enfans à la suite des phlegmasies cutanées érythémateuses. Les femmes y sont exposées aux époques de l'établissement et de la cessation des menstrues. Sa cause la plus ordinaire est la suppression subite de la transpiration cutanée, soit générale, soit partielle. Ainsi l'immersion dans l'eau froide, lorsque le corps est échauffé; le contact prolongé de vêtemens mouillés; l'impression du froid à l'époque de la desquamation des phlegmasies cutanées érythémateuses et pustuleuses; l'application de topiques astringens pour arrêter les sueurs trop abondantes des aisselles ou des pieds; les médicamens à l'aide desquels on fait disparaître trop promptement la gale, les dartres ou la teigne; l'ingestion d'une boisson glacée pendant la sueur; la colère, la terreur dans la même circonstance; en un mot, tout ce qui peut suspendre tout à coup l'action de la peau, peut devenir cause d'anasarque active. On l'a vue succéder aussi à la disparition rapide des phlegmasies articulaires.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic*. L'anasarque active peut se former en quelques heures, ou ne se développer que lentement. Dans le premier cas, la peau est ordinairement rosée, quelquefois d'une teinte érysipélateuse disposée par plaques, légèrement sensible, un peu chaude; elle résiste davantage au doigt qui la presse que dans l'anasarque d'un plus faible degré, et surtout dans celle qui dépend d'un obstacle à la circulation; elle cède cependant, mais au lieu de conserver long-temps l'impression du doigt, elle revient assez promptement sur elle-même. En même temps le pouls est dur et plein et quelquefois fréquent, la soif vive; le visage et les yeux sont animés, la tête est lourde, et le malade éprouve des étourdissemens et des bourdonnemens d'oreilles; en un mot, il existe des signes de pléthore sanguine; les urines sont peu abondantes et rouges, bourbeuses ou briquetées et quelquefois claires; quelquefois les voies digestives sont irritées, et alors les symptômes de cette irritation se joignent aux précédens.

Lorsque l'anasarque, quoique active, ne se développe que lentement, elle se manifeste d'abord aux pieds, autour des malléoles et sur le dos du pied, puis elle gagne successivement les jambes, les cuisses, le scrotum, le tronc, les membres thoraciques, et enfin la tête. Le gonflement de toutes ces parties est beaucoup plus considérable que dans le cas précédent; la peau n'est pas rosée, sa chaleur naturelle est diminuée, le doigt fait une impression profonde et qui reste pendant quelque temps. La soif est encore vive et les urines rares, mais le pouls reste calme, et il n'existe aucun signe d'excitation qui puisse éclairer la nature de la maladie. On la confondrait donc avec l'anasarque *passive* ou symptomatique, si l'on négligeait de tenir compte, 1° de la nature des causes qui l'ont produite, lesquelles ont agi en diminuant fortement l'action de la peau; 2° de son invasion qui n'a été précédée par aucun signe d'obstacle à la circulation: 3° enfin de l'absence actuelle des symptômes de cet obstacle. Malgré ces considérations, il est quelquefois difficile de les distinguer l'une de l'autre, mais nous devons faire remarquer que l'anasarque active est très-rarement dépourvue de tous signes d'excitation, et qu'elle se rapproche plus ou moins de celle du plus haut degré. Un médecin anglais, le docteur Blackall, prétend que l'urine fournit un moyen sûr de distinguer l'anasarque active de l'anasarque symptomatique. Dans le premier cas, l'urine soumise à l'ébullition fournit un sérum coagulable, proportionnel pour la quantité et la consistance à l'activité de l'hydropi-

(1) *De l'hydropisie active*. Paris, 1812.

(2) Bouillaud, *Archives générales de Médecine*, tom. II, page 88, et tome V, pages 64 et suivantes.

sie; dans le second, ce coagulum n'existe pas. Les théories par lesquelles notre confrère d'outre-mer cherche à expliquer ce fait n'appartiennent pas à la saine physiologie: mais qu'importe ? si le fait est vrai, il est précieux pour le diagnostic. Il s'agit de le vérifier.

La durée de cette hydropisie dépend de trop de circonstances pour qu'il soit permis de l'établir d'une manière générale. Elle guérit assez fréquemment, quelquefois même spontanément par des sueurs ou des urines abondantes, et surtout par une irritation hémorrhagique, comme l'épistaxis, le flux hémorrhoïdal, ou les menstrues. Mais elle se reproduit quelquefois avec la plus grande facilité; l'infiltration peut pénétrer dans les cavités des membranes séreuses, et alors la mort ne tarde pas à en être la suite.

*Caractères anatomiques.* On a peu fait de recherches d'anatomie pathologique sur cette maladie; cependant on a trouvé quelquefois le tissu cellulaire rouge, injecté de sang, induré çà et là, et contenant parfois du pus séreux ou sanguinolent ou épais, renfermé dans ses aréoles.

*Traitement.* L'anasarque active du plus haut degré cède assez souvent à la saignée générale, secondée par l'emploi des boissons émollientes, acidulées, ou aqueuses, abondantes, et rendues diurétiques par l'addition du nitrate de potasse, et par un régime doux et surtout lacté. On faisait autrefois un précepte de donner à peine à boire aux hydropiques; aujourd'hui, tous les praticiens sont convaincus que la crainte d'augmenter la quantité de sérosité épanchée, par des boissons abondantes, est exagérée; plusieurs pensent, et nous sommes de ce nombre, que ces boissons sont au contraire utiles tant que la sécrétion urinaire s'opère avec assez d'abondance pour les éliminer; n'eussent-elles d'autre avantage que d'apaiser la soif dévorante de malheureux hydropiques, on ne devrait pas encore hésiter à les prescrire. Il suffit quelquefois de simples saignées locales; c'est lorsque le développement de l'hydropisie a suivi la disparition des menstrues, ou d'un flux hémorrhoïdal. Il est presque superflu d'ajouter qu'on les pratique dans ces cas à l'anus ou à la vulve. Les bains tièdes sont aussi très-utiles; on emploie également avec avantage les bains de vapeur. Lorsque les voies digestives ne participent pas à l'irritation cellulo-cutanée, on obtient de bons effets des purgatifs salins à petites doses et répétés, ou de l'emploi des sudorifiques ou des diurétiques. On est guidé dans le choix de l'un de ces ordres de médicamens, par la disposition plus grande de l'individu à suer ou à uriner, et quelquefois par la nature de la cause de la maladie. Ainsi on emploie de préférence les sudorifiques, lorsque l'anasarque est l'effet d'une suppression subite de la transpiration cutanée, et surtout lorsque la peau est sèche et râpeuse: les frictions sèches en secondent très-bien l'emploi.

Lorsqu'il existe à peine quelques symptômes d'excitation, les saignées, soit générales, soit locales, deviennent moins indispensables et souvent inutiles; mais il est encore avantageux d'insister pendant quelque temps sur le traitement adoucissant et légèrement diurétique, sudorifique ou purgatif, avant de recourir à une médication plus énergique. Mais quand on s'est bien convaincu de l'impuissance de ces moyens simples, si les voies digestives ne sont pas irritées, il ne faut pas hésiter à tenter une révulsion forte, soit sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, soit sur les reins, soit enfin sur la peau, par des purgatifs, par des sudorifiques, ou des diurétiques, à doses plus élevées, graduellement croissantes, et sous toutes les formes. Le calomélas jouit d'une grande réputation contre l'anasarque, parmi les Anglais; mais contre quelle maladie ne l'ont-ils pas préconisé ? Cependant le docteur Blackall veut qu'on le réserve pour les cas où l'urine n'offre pas le coagulum dont nous avons parlé. Si ce signe a la valeur que lui prête ce médecin, le précepte est fort sage. Au reste, quelle que soit celle de ces révulsions que l'on tente, il ne faut pas oublier, 1° que ce sont des sécrétions abondantes que l'on veut obtenir pour faire cesser une sécrétion morbide; 2° qu'elles se suspendent ordinairement dans les tissus trop irrités; 3° que par conséquent, il est une limite au delà de laquelle ces médicamens deviennent doublement dangereux, en ce qu'ils aggravent la maladie première et en créent une seconde. Presque toujours, dans l'anasarque active, il est utile de donner issue au liquide: on a recours à cet effet aux mouchetures, aux vésicatoires et aux cautères. Il faut employer ces moyens de bonne heure; car lorsque la peau, par la distension considérable qu'elle éprouve depuis longtemps, et par le fait même de l'ancienneté de la maladie, a perdu une partie de sa vitalité, les solutions de continuité qu'on y pratique sont très-souvent immédiatement suivies de gangrène. Cet accident, il est vrai, se manifeste rarement dans l'anasarque active. On peut le prévenir dans tous les cas, en remplaçant les moyens indiqués par l'acupuncture. Nous y avons eu recours pour la première fois et sans inconvénient, dans une circonstance où les mouchetures, vésicatoires, ou cautères, n'eussent pas été sans danger, puisque la gangrène s'empara immédiatement des surfaces rougies par de simples sinapismes. L'évacuation de la sérosité soulage toujours quand elle ne guérit pas; il faut donc toujours l'essayer lorsque la gangrène n'est pas à craindre; et si l'acupuncture n'expose pas à ce danger, comme des faits nombreux nous en ont convaincu, on doit la pratiquer dans tous les cas.

## HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME DERMOÏDE.

### Considérations générales.

L'action sécrétoire de la peau s'accroît dans une foule de circonstances diverses. A l'état physiologique, elle augmente sous l'influence de la chaleur, à l'occasion d'un exercice violent, après l'ingestion d'une boisson fraîche lorsqu'une soif vive échauffait l'estomac, etc. A l'état morbide, elle devient plus abondante à la fin de chaque accès des fièvres intermittentes, dans le cours de la pneumonite, pendant le ramollissement des tubercules pulmonaires, lorsqu'une phlegmasie intérieure se termine par suppuration, au dernier terme

de toutes les phlegmasies chroniques incurables, enfin, chez tous les sujets profondément affaiblis. Nous ne parlons pas de celle qui survient quelquefois pendant le cours d'une maladie aiguë, et semble en déterminer la guérison; il en a déjà été question au commencement de cet ouvrage. (Voyez *Terminaisons des maladies*).

Dans toutes ces circonstances, l'accroissement de la sueur n'est qu'un symptôme et non pas un état morbide, mais il arrive quelquefois que la peau sécrète ce fluide en trop grande quantité, par l'effet de sa propre excitation, et indépendamment de toute autre maladie; cette irritation sécrétoire est connue sous les noms d'*éphidrose, dysodie cutanée*, *sueurs morbides.*

### De la sueur morbide.

Les exemples de sueurs morbides ne sont pas rares; elles sont générales ou partielles; dans le premier cas, elles sont presque toujours intermittentes. En voici une observation intéressante. Un plombier se réveillait tous les matins inondé de sueur, à tel point que sa chemise et ses draps étaient comme si on les eût trempés dans l'eau, et que son matelas était traversé. La langue était pâle, le pouls calme, la chaleur de la peau à peine augmentée pendant la sueur; l'appétit était conservé, et les seuls symptômes que le malade éprouvât, consistaient dans une soif assez vive, et une sorte de *dessèchement* de la poitrine; c'est ainsi du moins qu'il exprimait ce dernier symptôme. L'usage du sulfate de quinine fit cesser cet état, mais les sueurs reparurent quelques jours après qu'on en eut discontinué l'emploi: une nouvelle dose les fit disparaître de nouveau; elles ont recommencé une troisième fois, et ont été combattues efficacement dans une maison de santé, par la décoction de quinquina. Enfin, après une troisième rechute, guérie comme les précédentes, le malade a renoncé, d'après notre avis, à son état de plombier, et n'a plus rien éprouvé depuis lors. Sa peau, trop excitable, était sans doute trop vivement stimulée par la chaleur des fourneaux où le plomb est mis en fusion. Il est probable que le quinquina conviendrait également dans les cas de sueurs continues, pourvu toutefois, nous le répétons encore, qu'elles ne dépendissent pas de l'affection d'un organe intérieur. On lit cependant, dans le tome xxx du *Journal général de médecine*, une observation de sueurs immodérées qui résistèrent à plusieurs moyens et au quinquina lui-même, et guérirent par l'extrait d'aconit. Les bons effets de l'acétate de plomb contre les sueurs nocturnes des phthisiques sont connus de tous les praticiens, mais on sait qu'ils ne sont pas constans. Ce médicament réussirait plus fréquemment sans doute, contre les sueurs qui ne dépendraient d'aucune désorganisation interne.

On a aussi employé avec succès les bains froids et les lotions astringentes, mais il y a souvent du danger à recourir à ces moyens. Il faut surtout s'en abstenir dans tous les cas de sueurs partielles, des mains ou des pieds par exemple; la suppression trop prompte de ces sécrétions étant presque toujours suivie d'inflammations intérieures graves. On peut seulement essayer de les diminuer lorsqu'elles sont trop abondantes. M. Rayer rapporte un cas dans lequel il y est parvenu, au moyen de bains de pieds frais pris dans l'eau de Barèges (1). Si, par imprudence ou sans cause connue, ces sueurs partielles venaient à disparaître, et qu'il en résultât des accidens, il faudrait tâcher de les rappeler, en enveloppant les pieds de flanelle recouverte de taffetas gommé, en faisant marcher beaucoup le malade, en lui administrant des bains de vapeur locaux, etc. Il est souvent très-difficile de rétablir cette sécrétion.

Il existe quelques autres exemples de sueurs partielles, trop peu abondantes pour constituer un état morbide, mais dignes d'intérêt comme phénomènes physiologiques. Ainsi, un de nos cliens est pris tous les jours, après chaque repas, d'une sueur qui dure de trois quarts d'heure à une heure, abondante au point de mouiller plusieurs mouchoirs, et qui n'a lieu que d'un côté de la face (le gauche). Cette sécrétion s'est établie chez lui, nous a-t-il dit, depuis un grand nombre d'années, à la suite d'un dépôt considérable derrière la branche de la mâchoire du même côté; il existe un enfoncement très-marqué dans cette région; nous pensons que la glande parotide a été détruite par l'abcès, et que la sueur locale qui se manifeste après le repas est supplémentaire de la sécrétion salivaire. Un de nos plus estimables et de nos plus savans confrères, M. le docteur B........, est affecté d'une sueur semblable et du même côté de la face, mais qui ne revient pas dans la même circonstance; elle est presque continuelle aussitôt que la chaleur atmosphérique commence à devenir un peu forte; elle cesse en hiver.

La fétidité de la sueur ne change rien aux indications. Chez certains individus, elle a ce caractère, même dans l'état de santé; chez tous les hommes, elle contracte de l'odeur lorsqu'elle augmente beaucoup de quantité; il est rare que celle des pieds ne soit pas fétide: la mauvaise odeur de la sueur n'est donc qu'une circonstance accessoire, qu'un accident indifférent dans la maladie. Nous ne parlons pas des sueurs vertes, bleues, noires, rouges, de toutes les couleurs en un mot, dont tant d'écrivains entretiennent leurs lecteurs; il est rare que la sueur ne colore pas plus ou moins les objets avec lesquels elle est en contact, et cette coloration varie avec sa composition chimique, qui change souvent, même dans l'état de santé, et tantôt est plus acide et tantôt plus alcaline. On a exagéré ces effets par amour du merveilleux.

## HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME MUQUEUX.

### Considérations générales.

Les membranes muqueuses sont quelquefois le signe d'irritations sécrétoires. C'est à ce genre de maladies qu'il faut rapporter, 1° quelques uns de ces cas de sécrétion abondante de la conjonctive palpébrale, sans rougeur, chaleur, ni douleur de cette membrane, que les auteurs appellent des

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, etc., tom. II, pag. 244.

*ophthalmoblennorrhées*; 2° certains écoulemens considérables de mucus provenant des fosses nasales que n'accompagne aucun symptôme inflammatoire, *rhinorrhée*; 3° ces expectorations abondantes qui épuisent les malades, et à la suite desquelles on trouve la membrane muqueuse des bronches plus pâle que dans l'état normal, *bronchorrhée*; 4° cette accumulation de prétendu suc gastrique dans l'estomac de quelques individus, qui ne se portent bien qu'à la faveur d'un vomissement quotidien qui les en débarrasse chaque matin, *gastrorrhée*; 5° certaines *diarrhées* muqueuses et surtout séreuses par lesquelles semble s'écouler le liquide de quelques ascites, ou bien qui sont sympathiques de la dentition; 6° quelques écoulemens de l'urèthre, appelés *blennorrhées* par les auteurs; 7° enfin, les fleurs blanches ou la *leucorrhée* dans quelques cas.

Cette sécrétion anormale des membranes muqueuses accompagne presque toujours leur inflammation, et n'en est alors qu'un des symptômes; mais elle existe quelquefois seule, ainsi que nous venons de le dire; et comme les médecins l'ont vue très-souvent cesser dans ce cas par l'effet des stimulans, ils l'ont presque tous attribuée à la *faiblesse* locale ou générale. Cette erreur n'a plus besoin d'être refutée; on sent généralement aujourd'hui que les mots *force* ou *faiblesse* deviennent vides de sens lorsqu'on veut leur faire exprimer l'état quelconque de parties qui n'exercent ni effort, ni résistance, et l'on ne comprend pas plus la faiblesse d'une membrane muqueuse que sa force. D'un autre côté, il n'est plus qu'un très-petit nombre de médecins qui regardent comme plus *faible* que dans l'état normal, un tissu dont la sécrétion est augmentée.

Nous ne consacrerons pas un article spécial à l'*ophthalmoblennorrhée*; nous en avons déjà parlé en traitant de la conjonctivite à laquelle elle succède toujours. Un écoulement puriforme abondant par les paupières, et l'absence des phénomènes inflammatoires en sont les signes; elle cède ordinairement aux révulsifs et à l'emploi local des astringens et des stimulans que nous avons conseillés contre quelques conjonctivites chroniques. Il en sera de même de la *rhinorrhée* et de la *blennorrhée*; elles se reconnaissent à la même absence de phénomènes inflammatoires. La première est toujours trop légère pour exiger le secours de l'art, et ce que nous avons dit des uréthrites chroniques sans douleur est entièrement applicable à la seconde. Les seules irritations sécrétoires des membranes muqueuses dont nous nous occuperons avec quelques détails sont donc la *bronchorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée* et la *leucorrhée*.

### De la bronchorrhée.

Nous décrivons sous ce nom une affection connue des anciens sous les dénominations de *pituite*, *flux muqueux*, *catarrhe pituiteux*, attribuée par eux à la *faiblesse*, et qui nous paraît bien évidemment consister en une irritation sécrétoire ou hyperdiacrisie de la membrane muqueuse des bronches.

La bronchorrhée, dans les cas assez rares où elle est primitive, reconnaît les mêmes causes que la bronchite. Mais, le plus ordinairement, elle succède à une bronchite chronique, dont tous les caractères inflammatoires sont graduellement effacés, et à la suite desquels la membrane muqueuse des bronches a continué de sécréter du mucus en trop grande abondance. C'est en quelque sorte une habitude de sécrétion qui s'est établie. On ne l'observe guère que chez les vieillards ou chez les hommes qui ont atteint l'âge viril; les récidives fréquentes du catharre muqueux prédisposent à la contracter. (Voyez *Bronchite*.)

On distingue la bronchorrhée de la bronchite chronique et de la phthisie pulmonaire aux caractères suivans: la quantité du liquide expectoré est considérable, elle s'élève quelquefois jusqu'à quatre et six livres dans les vingt-quatre heures; ce liquide est incolore, filant, taansparent, écumeux en partie, semblable à du blanc d'œuf délayé dans l'eau, et sans mélange de crachats épais comme dans le catarrhe muqueux; il existe une dyspnée considérable, qui contraste d'une manière remarquable avec la sonoréité parfaite de la poitrine dans toute son étendue; la toux est légère en comparaison de l'abondance de l'expectoration; elle paraît être secondaire et sollicitée par une sensation de plénitude de la poitrine, produite par la présence du liquide sécrété; la température de la peau n'est pas accrue; le pouls n'est pas accéléré ou l'est à peine; il n'y a pas de sueurs nocturnes, ni aucun des autres signes de la phthisie pulmonaire; enfin si le malade maigrit, ce qui n'arrive que lorsque l'expectoration est très-considérable, son amaigrissement ne peut être attribué qu'à l'épuisement produit par l'abondance de la sécrétion morbide, tant les autres symptômes sont, par leur peu d'importance et de gravité, insuffisans pour en rendre compte. M. Nauche assure que le mucus bronchique, produit d'une simple irritation sécrétoire, est toujours acide et rougit le papier de tournesol, tandis que celui qui provient d'une membrane muqueuse enflammée est alcalin et ramène au bleu le papier de tournesol rougi par les acides. Ce serait donc un signe de plus à ajouter aux moyens de diagnostic précédens.

Le stéthoscope ne fournit aucun caractère bien saillant, qui permette de distinguer nettement la bronchorrhée de la bronchite chronique, et principalement de la forme de cette maladie, connue sous le nom de catarrhe muqueux. Il fait percevoir dans l'un et l'autre cas, les mêmes râles, grave, sonore, ou sibilant, imitant le ronflement d'une corde de violoncelle, le chant des oiseaux, ou le roucoulement de la tourterelle. Laënnec dit bien, qu'à l'un de ces râles il s'en joint souvent un muqueux, et que l'on sent que *ses bulles sont formées par un liquide moins consistant que la mucosité des crachats cuits;* mais il faut une si longue habitude de l'auscultation pour saisir de pareilles nuances, que ce caractère sera probablement toujours inappréciable pour la majorité des praticiens. Cependant, si en auscultant les malades dans les intervalles des attaques, car nous verrons bientôt que la bronchorrhée affecte ordinairement une marche intermittente, on s'aperçoit que le râle sonore a beaucoup perdu de son intensité, ou que le râle sibi-

lant est réduit à un simple sifflement sourd et très-léger, qui semble se prolonger dans toute l'étendue des bronches, ou enfin, et à plus forte raison, que toute espèce de râle a disparu, on peut soupçonner que les bronches sont simplement affectées d'irritation sécrétoire. Mais on sent combien serait nulle la valeur de ces signes, s'ils n'étaient accompagnés de ceux que nous avons déjà indiqués, et de ceux qu'il nous reste à faire connaître.

Nous admettons, avec Laënnec, deux espèces de bronchorrée, l'une aiguë et l'autre chronique (*catarrhe pituiteux aigu* et *catarrhe pituiteux chronique* de cet auteur).

La *bronchorrhée aiguë* débute ordinairement d'une manière brusque, et dans le cas où elle commence par une toux ordinaire, on la voit revêtir en quelques heures, et parfois en quelques minutes, les caractères graves qui lui sont propres. Le malade est pris subitement d'une dyspnée extrême; il sent distinctement que sa poitrine s'est tout à coup remplie de liquide, et telle est la rapidité de l'afflux, telle en est l'abondance, que des secousses rapides de toux et une expectoration abondante et non interrompue lui paraissent encore insuffisantes pour le débarrasser assez vite; il se sent prêt à suffoquer; son angoisse est extrême, et souvent des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, la lividité de la face, le désordre de la circulation et le refroidissement des extrémités, annoncent que le danger est en effet imminent. Plus d'un *catarrhe suffocant* des auteurs, et plus d'un *croup muqueux* n'ont été dans la réalité que des bronchorrhées aiguës. Ordinairement tout se dissipe après une expectoration copieuse, et l'accident ne se reproduit plus; mais quelquefois il reparaît au bout de quelques mois, et se répète même de temps à autre.

La bronchorrhée aiguë devient quelquefois le moyen spontané de guérison de certaines maladies, et en particulier des épanchemens séreux. M. Andral a vu un hydrothorax disparaître très-rapidement, sous l'influence d'un flux bronchique abondant et survenu tout à coup (1). Ces bronchorrhées critiques sont toujours passagères et rarement dangereuses. Elles appartiennent au même ordre de faits que ces diarrhées séreuses, ces vomissemens de même nature, et ces sueurs abondantes appelées crises par les auteurs, qui font disparaître en quelques jours et souvent plus rapidement encore, des anasarques, des ascites, des épanchemens pleurétiques, et une foule d'autres maladies.

Beaucoup plus commune que la précédente, la *bronchorrhée chronique* se développe ordinairement de la manière suivante. A la suite de plusieurs bronchites, le malade conserve une expectoration habituelle, qui s'accroît après chaque attaque de cette phlegmasie. Peu à peu la matière expectorée perd de sa consistance et de son opacité, et elle prend enfin les caractères déjà signalés. Il arrive alors le plus ordinairement que l'expectoration s'établit d'une manière intermittente et à peu près régulière; deux accès ont lieu dans les vingt-quatre heures, l'un au réveil et l'autre le soir; quelquefois ils se reproduisent immédiatement après chaque repas. Laënnec a vu la quantité de matière expectorée s'élever à deux et trois livres dans chaque accès. La durée de ces accès n'est jamais très-longue; en une ou deux heures au plus il sont terminés; ils sont toujours accompagnés de beaucoup de dyspnée; mais dans les intervalles, les malades jouissent en apparence de la plus parfaite santé. Cependant, à la longue, il perdent leur coloris et leur embonpoint; blêmes et amaigris, ils peuvent pendant quelque temps encore vaquer à quelques occupations; mais enfin, à mesure qu'ils avancent en âge, les quintes se rapprochent et durent plus long-temps, la dyspnée devient continuelle, et ils finissent par périr suffoqués ou épuisés par l'abondance de l'expectoration. M. Andral rapporte dans sa *Clinique médicale* deux exemples de bronchorrhée suivie de mort par épuisement.

*Traitement* Les vomitifs tiennent sans contredit le premier rang parmi les moyens à opposer aux accès de la bronchorrhée aiguë; ils facilitent le rejet rapide de la matière sécrétée qui suffoque les malades, et diminuent de la sorte la durée des attaques. L'effet de la saignée est encore plus prompt, mais elle n'est pas praticable chez tous les individus, chez les vieillards émaciés et très-affaiblis, par exemple. Les cataplasmes très-chauds de moutarde appliqués aux extrémités inférieures sont aussi très-utiles dans ce cas. Mais aucun de ces moyens n'est propre à prévenir le retour de la maladie; il est vrai que, sous cette forme aiguë, les accidens de la bronchorrée sont souvent passagers, et ne ne se reproduisent plus une fois dissipés. Toutefois, comme ils peuvent reparaître, il importe de tout faire pour les prévenir. Se prémunir contre le froid par des vêtemens de flanelle appliqués immédiatement sur la peau, éviter l'inspiration de toute vapeur irritante, vivre sobrement et faire usage de viandes rôties, d'un peu de vin, et du café à l'eau pris avec modération, enfin porter un exutoire au bras, si l'on a déjà eu plusieurs attaques, tels sont les moyens de se mettre à l'abri du retour de ces accidens. S'ils se reproduisent malgré ces précautions, et s'ils se rapprochent, la bronchorrhée aiguë perd au fur et à mesure une partie de son intensité, son traitement ne diffère plus de la bronchorrhée chronique.

Il faut s'appliquer de bonne heure à détruire la bronchorrhée chronique, parce que, lorsqu'elle dure depuis un certain temps, elle se montre presque toujours rebelle à l'action de tous les agens thérapeutiques. Aussitôt donc que l'on s'aperçoit qu'une bronchite est accompagnée de l'expectoration particulière à la bronchorrhée, il faut redoubler de soins pour la détruire, et insister plus que dans les circonstances ordinaires sur les moyens propres à la faire disparaître complètement. (Voyez *Bronchite.*) Mais il est rare que l'on assiste ainsi à la naissance de la bronchorrhée; et c'est ordinairement lorsqu'elle est depuis long-temps développée et qu'elle commence à devenir trop incommode, que l'on est appelé à la traiter; aussi ne réussit-on que très-rarement à la guérir. Les vomitifs répétés, les balsamiques, la vapeur du goudron

(1) *Clinique médicale*, tom. XII, pag. 55 et suiv.

dirigée dans les bronches, les ventouses sèches sur la poitrine, les vésicatoires volans et répétés sur la même partie, suivis plus tard d'autres vésicatoires au bras dont on entretient la suppuration, les décoctions ou les extraits de quinquina, de simarouba, de cachou, de ratanhia, l'acétate de plomb, les pilules savonneuses, la poudre de racine de belladone à la dose d'un demi-grain à un grain et à des intervalles plus ou moins rapprochés, et enfin l'opium à petites doses fréquemment répétées, tels sont les moyens qui conviennent le mieux dans cette affection. Chez les sujets pléthoriques, et au début par conséquent de la maladie, il est quelquefois utile d'avoir recours aux saignées du bras, et de s'en tenir aux boissons pectorales et aux révulsifs cutanés; on ne doit passer ensuite que graduellement à l'emploi des autres moyens.

### De la gastrorrhée.

Nous nommons ainsi une irritation sécrétoire ou hyperdiacrisie de la membrane muqueuse de l'estomac, dont le principal et souvent l'unique symptôme consiste en un vomissement d'un mucus limpide et filant, ordinairement insipide, mais quelquefois salé, acide, offrant la plus grande ressemblance avec le blanc d'œuf. M. Chomel est le premier auteur qui, à notre connaissance, ait écrit sur cette maladie en la rapportant à sa véritable cause (1); nous n'avions fait que la signaler quelque temps auparavant dans cet ouvrage.

*Causes*. Les causes de cette affection ne sont pas connues; on a remarqué seulement qu'elle était plus fréquente chez les individus adonnés à l'usage des liqueurs spiritueuses, et qui surtout ont l'habitude d'en prendre à jeun, chez les hommes replets et qui mangent beaucoup. On ne l'observe jamais chez les enfans, ni même dans l'adolescence; elle est rare encore chez les adultes; les exemples les plus nombreux en sont fournis par les hommes dans l'âge viril, et par les vieillards. Il semble qu'elle ne puisse se développer que chez les personnes dont l'estomac peu irritable résiste énergiquement aux stimulans et sécrète abondamment du mucus sous leur influence au lieu de s'enflammer. Telles sont en effet les conditions dans lesquelles se trouve l'estomac de la plupart des vieillards, ainsi que celui de quelques individus très-lymphatiques. L'humidité de l'air paraît y contribuer.

Ce vomissement s'opère en général avec une grande facilité chez quelques malades; c'est par une simple régurgitation que le mucus est rejeté; quelquefois cependant il exige un peu d'efforts; mais rarement on le voit laborieux, et quand cela arrive, un peu de bile colore ordinairement le mucus rejeté. C'est le matin à jeun que ce vomissement a lieu le plus fréquemment, et, chose digne de remarque, les personnes chez lesquelles il est dégénéré en habitude, ne peuvent pas, en général, prendre d'alimens tant que l'estomac ne s'est pas ainsi débarrassé de ce produit de sécrétion morbide; que si elles mangent auparavant, elles ont, comme elles le disent, le *cœur barbouillé* toute la journée (envie légère de vomir), plusieurs fois même il leur arrive de rejeter leurs alimens. Chez quelques malades le vomissement se répète plusieurs fois par jour, et alors c'est presque toujours après chaque repas qu'il se déclare, mais avec cette particularité fort remarquable qu'il n'entraîne jamais d'alimens. Une foule de circonstances qui ne sont pas toujours bien appréciables influent d'ailleurs sur la reproduction de ce phénomène morbide; les variations dans la température ou dans l'état hygrométrique de l'air, la nature des alimens et des boissons, paraissent être celles dont l'influence se fait le plus sentir; il disparaît quelquefois pendant un assez long espace de temps sans cause connue, et revient de même.

En général, cette maladie n'a aucune gravité. La plupart des personnes qui en sont atteintes conservent leur appétit, leur embonpoint et leurs forces; ce vomissement n'est pour elles qu'une incommodité. Quelques individus cependant en éprouvent de la fatigue et même de l'amaigrissement, ils n'ont pas d'appétit, recherchent les alimens de haut goût, sont pâles, tristes et languissans. La durée de la gastrorrhée est toujours longue; on la voit se prolonger pendant des mois, des années, et quelquefois pendant toute la vie.

La gastrorrhée, telle que nous venons de la décrire, accompagne souvent les affections nerveuses de l'estomac, et principalement celle que l'on désigne communément sous le nom de *Gastralgie* (voyez ce mot). Ce n'est plus alors une maladie mais un symptôme, qui devient souvent la source d'indications spéciales, mais jamais l'objet principal du traitement. Les autres symptômes de la gastralgie qui, en pareil cas, existent toujours en même temps que lui, empêchent toute erreur du diagnostic.

La guérison de la gastrorrhée ne s'obtient pas toujours fort aisément. On a conseillé les vomitifs et en particulier l'ipécacuanha, les purgatifs amers et de préférence la rhubarbe, mais ces moyens ne guérissent que momentanément et n'empêchent pas la maladie de se reproduire. Il faut ordinairement pour parvenir à en enrayer la marche, recourir à un traitement général et long-temps continué. Ce traitement consiste dans l'usage d'une infusion légèrement aromatique, dans celui des viandes rôties ou grillées, dans l'emploi des eaux ferrugineuses et de la magnésie calcinée, et enfin dans l'usage des vêtemens de flanelle sur la peau. Nous avons administré avec un succès très-prompt l'extrait gommeux d'opium à la dose d'un demi grain à un grain, et la magnésie calcinée à la dose d'une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau sucrée, le soir en se couchant, chez deux malades qui ne vomissaient qu'une fois le matin à leur réveil, mais qui rendaient par ce vomissement une quantité considérable de mucus limpide. La même médication nous a réussi contre cet accident dans la gastralgie. Chez quelques malades qui vomissaient après les repas, nous avons retiré de bons effets de quelques grains de rhubarbe et de magnésie mêlés ensemble, et pris un instant avant de manger. M. Chomel pense que l'emploi des substances balsamiques, auxquelles on a recours avec avantage

(1) *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, article GASTRITE.

dans les irritations sécrétoires des bronches, de la vessie et de l'urèthre, telles que le baume de Tolu, la térébenthine de Venise, pourraient être utiles dans la gastrorrhée; c'est à l'expérience à prononcer.

### De la diarrhée.

L'irritation sécrétoire de la membrane muqueuse des intestins donne lieu à deux formes de diarrhée, décrites dans les auteurs sous les noms de *diarrhée muqueuse* et *diarrhée séreuse;* nous leur conserverons ces dénominations.

La *diarrhée muqueuse* est presque toujours symptomatique d'une inflammation du colon; quelquefois cependant elle consiste dans un simple accroissement de la sécrétion du mucus intestinal. Dans ce cas, qui doit seul nous occuper ici, le pouls reste calme et la peau fraîche, et cependant la soif est ordinairement très-vive et les coliques sont presque toujours violentes. Les selles sont formées en totalité ou en partie par du mucus transparent et visqueux, qui se dépose au fond du vase en flocons ou en une seule masse ressemblant à de la gélatine. Cette affection se développe presque constamment sous l'influence du froid humide; aussi est-elle toujours d'assez longue durée lorsque cette température se prolonge.

La *diarrhée séreuse* consiste en des selles semblables à de l'eau légèrement trouble, et quelquefois même entièrement limpide. Chez les jeunes enfans, elle est très-souvent sympathique de la dentition, et quelquefois le prélude de l'hydrocéphale aiguë. Chez les adultes on la voit quelquefois se déclarer tout à coup et faire disparaître rapidement un hydrothorax ou une ascite. Dans quelques cas, elle se développe sans cause connue, dans d'autres à la suite de l'ingestion d'une substance nuisible, ainsi que cela paraît être arrivé à Morgagni; enfin, dans les épidémies de dysenterie, il est rare que l'on n'ait pas occasion d'en observer quelques exemples.

La diarrhée séreuse n'est pas ordinairement accompagnée de symptômes de réaction. Chez les jeunes enfans surtout, on voit souvent le ventre rester frais, souple, indolent, malgré des selles séreuses abondantes et répétées; le symptôme le plus constant est la soif. Il n'est pas rare non plus de la voir exempte de coliques. Tout cela se conçoit aisément lorsqu'on réfléchit que cette diarrhée est dans la plupart des cas sympathique ou critique. Mais lorsqu'elle est idiopathique, elle provoque à des degrés divers suivant qu'elle est plus ou moins intense, la soif, la fréquence du pouls, l'accroissement de la chaleur de la peau, le ballonnement et la tension du ventre, et des coliques plus ou moins violentes. Toutefois quand elle s'accompagne de ces symptômes, l'inflammation de la membrane muqueuse est toujours imminente. Cette diarrhée jette souvent les malades dans un affaissement très-considérable; elle entraîne une émaciation très-rapide.

Les mêmes moyens conviennent également dans les deux formes de la diarrhée. On les combat efficacement au début par l'eau de riz gommeuse, le régime lacté et féculent, et les lavemens chargés d'amidon et d'un peu d'opium. Lorsqu'elles résistent à ces moyens, et qu'elles ont déjà quelques jours de durée, il faut avoir recours aux astringens, tels que les décoctions de cachou, de bistorte, de simarouba, de tormentille, le sirop de coings, la conserve de roses rouges, l'extrait de cynorrhodon, le diascordium. Il est toujours avantageux et quelquefois indispensable de seconder les effets de ces agens par tous les moyens extérieurs propres à exciter l'action de la peau, comme les frictions sèches, les vapeurs d'eau simple ou chargée de principes aromatiques ou spiritueux, et l'application de la flanelle sur la peau. Les purgatifs, et principalement les purgatifs salins, comptent de nombreux succès dans ces deux espèces de diarrhée; mais on retire surtout d'excellens effets de l'infusion d'ipécacuanha et de celle de rhubarbe dans la diarrhée séreuse.

Il est presque superflu de dire que l'on doit toujours respecter la diarrhée séreuse qui survient tout à coup chez les hydropiques, puisqu'elle est ordinairement suivie de la disparition de l'épanchement. Quant à celle qui est sympathique de la dentition chez les enfans, nous avons dit quelles indications elle réclame quand nous avons tracé le traitement de la *colite.*

### De la leucorrhée.

A la suite des vaginites chroniques, quelle qu'en ait été la cause, il est rare que la membrane muqueuse vaginale ne continue pas à sécréter plus abondamment que dans l'état naturel, un mucus plus ou moins épais, de couleur variable, mais le plus ordinairement blanc et inodore, sans rougeur, sans chaleur, et sans douleur ni gonflement de la partie. Souvent aussi cette irritation sécrétoire est primitive chez les femmes qui se nourrissent mal, qui boivent du cidre ou de l'eau trouble et non filtrée, qui habitent des lieux bas, humides et sombres; chez celles qui sont blondes, molles et lymphatiques, qui sont continuellement renfermées et assises, ou qui font usage des chaufferettes, ou se livrent à la masturbation ou à un coït immodéré. Quelquefois elle est sympathique d'une irritation chronique des voies digestives; l'abus du café et de certains stimulans suffit parfois pour l'entretenir; elle dépend, dans quelques cas, de la présence d'hémorrhoïdes dans le rectum. C'est à la sécrétion morbide de la membrane muqueuse du vagin, développée par ces causes et née dans l'une de ces circonstances, que nous réservons le nom de *leucorrhée.* Tous les autres écoulemens vaginaux ne sont que les symptôme des phlegmasies de l'utérus ou du vagin lui-même (1). Il en a déjà été question dans l'histoire de ces inflammations, et particulièrement dans celle de la vaginite, et si nous leur avons donné quelquefois le nom de leucorrhée, ce n'a été que pour nous conformer au langage reçu, et nous faire plus facilement comprendre. Il est d'ailleurs très-difficile parfois de distinguer si un écoulement vaginal dépend

(1) Consultez l'ouvrage éminemment pratique de M. Duparcque, intitulé : *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice,* in-8. Paris, 1832.

d'une phlegmasie chronique ou d'une simple irritation sécrétoire, et il nous arrivera forcément de nous répéter.

Les symptômes de la leucorrhée sont peu nombreux, mais caractéristiques. L'écoulement plus ou moins abondant du mucus, joint à l'absence des phénomènes inflammatoires, à la faiblesse et à la pâleur des malades, et à l'irrégularité des fonctions digestives lorsque le mucus sécrété est abondant : tels sont ces symptômes. L'écoulement est quelquefois si copieux qu'il force les malades à se garnir de linges comme à l'époque de leurs règles, et finit même par les jeter dans l'épuisement. Il est presque toujours difficile de décider dès les premiers jours si l'état des voies digestives est effet ou cause de l'écoulement; très-souvent même les deux affections s'entretiennent l'une par l'autre. L'approche des règles, tous les excès, les chagrins, les contrariétés, la colère, augmentent ordinairement la sécrétion morbide. Le mucus est, ainsi que nous l'avons déjà dit, séreux et limpide, ou blanchâtre et filant, ou grumeleux; lorsqu'il est épais et jaune, ou verdâtre et odorant, il est plus que probable qu'il est le produit d'une phlegmasie chronique.

On guérit difficilement la leucorrhée, parce qu'en général les malades ne s'en plaignent que lorsqu'elle est déjà très-ancienne, et qu'elle est devenue en quelque sorte un état habituel; en outre, il n'est que peu de leucorrhéiques qui puissent faire une réforme complète dans leur régime et leurs habitudes, et cependant cette condition est souvent indispensable à la guérison. Toutefois, voici les moyens que l'on regarde comme les plus efficaces : une alimentation saine, un air sec et vif, et surtout l'habitation à la campagne, l'exercice, la cessation des mauvaises habitudes, l'usage des vins généreux, des ferrugineux, de la rhubarbe et du quinquina, etc., si les voies digestives sont exemptes d'irritation; les frictions sèches ou aromatiques sur tout le corps, les bains de vapeurs simples ou aromatiques, et les vêtemens de flanelle. On joint ordinairement à ces moyens généraux, qui ont pour effet de répartir l'excitation sur tous les tissus, l'emploi de quelques topiques locaux, tels que les demi-bains froids ou peu chauds, les injections et les lotions fréquentes avec des liquides astringens, comme l'eau de Goulard, les dissolutions légères des sulfates de fer, de zinc, d'alumine, d'oxyde de zinc, etc. L'iode à l'intérieur, et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse à l'extérieur, ont été employés avec le plus grand succès contre cette affection par le docteur Gimelle. Enfin, le docteur Marshall-Hall dit avoir retiré d'excellens effets du seigle ergoté, administré à la dose de cinq grains, trois à quatre fois par jour (1); nous l'avons essayé sans succès. Quand la leucorrhée est sympathique d'une gastrite chronique ou d'hémorrhoïdes, il est évident que, pour la faire cesser, il faut guérir ces affections.

### HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME SÉREUX.

#### Considérations générales.

L'accumulation d'un liquide quelconque dans la cavité des membranes séreuses est presque constamment l'effet de leur inflammation, et par conséquent dans le plus grand nombre de cas un symptôme et non une maladie. Quand l'épanchement ne dépend pas de cette cause, il est le plus ordinairement l'effet, ou d'une autre phlegmasie plus ou moins éloignée, ou d'un obstacle mécanique qui s'oppose à l'absorption, et, dans ces cas, il n'est encore qu'un symptôme. Quelquefois cependant, mais dans des cas assez rares, il dépend de ce degré d'irritation qui ne s'élève pas à la phlogose, et qui se borne à augmenter la sécrétion naturelle du tissu. Cet épanchement a reçu le nom générique d'*hydropisie*; pendant long-temps on en a expliqué le mode de formation par l'*asthénie* des vaisseaux absorbans : mais cette théorie généralement abandonnée aujourd'hui, n'est qu'une hypothèse sans fondement.

Pouvant se développer idiopathiquement dans quelques uns, ainsi que nous venons de le dire, survivant assez fréquemment à l'inflammation qui l'a fait naître, et dans les deux cas devenant la source d'indications spéciales, l'irritation sécrétoire des membranes séreuses constitue donc un genre de maladies ayant leur nature particulière, et qu'il faut par conséquent étudier à part.

L'hyperdiacrisie des membranes séreuses doit à la disposition même de ces membranes en forme de sacs sans ouverture, la particularité de l'accumulation du liquide sécrété qui la distingue des autres irritations sécrétoires, et qui l'en a fait séparer jusqu'au jour où nous avons démontré l'identité de nature de toutes ces affections. Le froid humide et l'inflammation d'un autre organe que la membrane séreuse qui devient le siége de l'hydropisie, en sont les causes principales; nous verrons qu'il en existe de spéciales pour chaque hydropisie en particulier. Nous avons déjà dit que les deux symptômes pathognomoniques étaient la distension de la séreuse et la compression des organes voisins, et que les principales indications du traitement consistaient à donner issue au liquide épanché et à en prévenir la reproduction; il est donc inutile d'y revenir ici.

#### De l'hydrophthalmie.

L'hydrophthalmie peut avoir son siége dans la membrane de l'humeur aqueuse, dans celle du corps vitré, ou dans l'une et l'autre de ces membranes à la fois; mais la forme la plus commune est celle dans laquelle les deux membranes sont affectées en même temps. Scarpa (1) dit n'avoir jamais vu de cas où il lui fût possible de distinguer laquelle de deux humeurs (aqueuse ou vitrée) avait le plus contribué à la maladie par son augmentation. Cette affection est toujours chronique et continue. Elle n'affecte ordinairement qu'un œil. Dans le plus grand nombre de cas, elle n'est que le symptôme de la désorganisation latente d'une des parties intérieures de l'œil.

*Causes*. Les causes qui la produisent sont peu connues. Cependant on la voit assez souvent suc-

(1) The London medical and phys. journ., mai 1826.

(1) Voyez son *Traité des principales maladies des yeux*, traduit par MM. Bégin et Fournier-Pescay.

céder, chez les enfans, aux ophthalmies que laisse la variole, ou survenir après la répercussion de la gale ou d'autres exanthèmes cutanés chroniques, etc. Quelquefois elle paraît être la suite d'une contusion de l'œil ou de la tempe du même côté, surtout lorsque le sujet est fort jeune. En général, elle commence dans le premier âge, et très-souvent elle est congéniale, et paraît dépendre d'un véritable vice de conformation.

*Symptômes.* Aucune maladie n'est plus facile à reconnaître que celle dont nous parlons. Dès que les humeurs de l'œil deviennent surabondantes, l'organe augmente de volume, et ce qui en paraît entre les paupières prend d'une manière très-marquée la forme d'un ovale allongé de haut en bas. La cornée s'étend dans toutes ses dimensions, et l'organe tout entier, beaucoup plus gros que celui du côté opposé, semble en quelque sorte avoir été emprunté à un animal d'une plus forte stature que l'individu auquel il appartient. C'est ce degré de la maladie que quelques auteurs désignent sous le nom de *buphthalmie*. L'iris devient d'abord plus mobile qu'à l'ordinaire, et il est affecté d'un tremblement particulier à l'occasion du moindre mouvement de l'œil (1) : mais bientôt sa mobilité diminue et la pupille reste dilatée. Dès le début de la maladie, l'œil devient myope par l'effet du changement qu'il éprouve dans sa forme ; dans la suite, il perd successivement la faculté de distinguer les petits objets, puis les couleurs, puis les masses, puis la lumière d'avec les ténèbres, et enfin il est frappé d'amaurose complète, par la compression de la rétine, avec ou sans opacité du cristallin. Les paupières s'étendent en proportion de l'accroissement du volume du globe oculaire. Tant qu'elles suffisent pour le recouvrir complètement, le malade souffre en général peu; il n'éprouve qu'un sentiment pénible de tension dans l'organe, et de difficulté à le mouvoir. Quelquefois cependant il survient, lorsque la maladie est avancée, des espèces de redoublemens pendant lesquels l'œil est traversé par des douleurs vives et lancinantes, et qui ont pour résultat une augmentation brusque de l'épanchement et par conséquent de la distension des tissus. Mais aussitôt que les paupières ne peuvent plus cacher l'œil, cet organe continuellement excité par l'action de l'air et par le frottement des cils, et exposé au contact des corps extérieurs, devient habituellement rouge et larmoyant, et il est fréquemment le siége de violentes inflammations, accompagnées de douleurs vives, qui se répandent par élancemens de son fond dans tout le côté correspondant de la tête. Quelquefois même ces douleurs sont tellement intolérables qu'elles compromettent la vie des malades (2), et que ceux-ci demandent à grands cris d'en être débarrassés à quelque prix que ce soit. Enfin, si la maladie est abandonnée à ses progrès naturels, la cornée devient saillante et pointue, s'obscurcit, s'engorge, s'ulcère et se détruit, ainsi que toutes les parties constitutives du globe. Quelquefois l'ulcération commence par la paupière inférieure, et de là se propage à l'organe principal.

(1) Scarpa, *ouvrage cité*.
(2) Louis, *Mémoires de chirurgie*. — Terras, *Journal de Médecine* de Paris, 1770.

Il est presque inutile, après l'énumération qui vient d'être faite des symptômes par lesquels s'annonce l'hydropisie simultanée des deux membranes séreuses de l'œil, d'indiquer ceux qui appartiennent à la même maladie lorsqu'elle a son siége isolément dans l'une ou dans l'autre de ces membranes. Il est facile de voir qu'à l'hydropisie de la chambre antérieure appartiennent l'agrandissement et la saillie de la cornée transparente, tandis que l'accroissement de volume et les changemens de forme bornés à la partie postérieure du globe, sont exclusivement produits par l'accumulation de liquide dans la cavité de la membrane hyaloïde. On a dit aussi que, dans ce dernier cas, l'iris, fortement poussé en avant, forme dans la chambre antérieure une convexité très-marquée, tandis que dans l'hydropisie de la chambre antérieure, il est refoulé en arrière, et prend par conséquent la forme opposée. Il est facile de concevoir qu'une masse de liquide, accumulée dans les régions profondes de l'œil, pousse l'iris du côté de la face concave de la cornée ; mais il nous paraît impossible qu'il puisse être porté en arrière par le liquide épanché dans la membrane de l'humeur aqueuse. En effet, l'ouverture de la pupille doit permettre à la sérosité de se porter en égale quantité devant et derrière l'iris, et il doit rester en équilibre au milieu. Quoi qu'il en soit, c'est sous l'influence des causes déjà indiquées, mais dont l'action est circonscrite dans les régions profondes ou dans les régions superficielles de l'œil, que ces maladies se développent, C'est ainsi que les ophthalmies internes chroniques produisent souvent l'hydropisie du corps vitré, et que les différentes dégénérations de la cornée transparente déterminent souvent celle de la chambre antérieure : le staphylôme en est toujours accompagné.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de l'hydrophthalmie est en général très-lente ; sa durée, par conséquent, en quelque sorte indéfinie, sa terminaison souvent fâcheuse, puisqu'il en résulte presque toujours la perte de l'œil ; le pronostic en est donc toujours grave. Cependant on la voit quelquefois suspendre tout à coup ses progrès et rester stationnaire pour tout le reste de la vie de l'individu, et d'autres fois, mais rarement, rétrograder et disparaître. C'est surtout lorsque les jeunes filles arrivent à l'époque de la puberté que cette terminaison heureuse, mais rare, se fait observer. Quelquefois aussi les progrès de la maladie sont arrêtés, parce que la cornée, très-amincie, s'entr'ouvre de temps en temps et laisse ainsi échapper le liquide surabondant.

*Caractères anatomiques.* Les dissections d'yeux affectés d'hydrophthalmie ont fait voir que cette affection peut être le résultat de dégénérations diverses, ayant leur siége dans presque toutes les parties constitutives de l'œil. Quelquefois, on trouve la membrane de l'humeur aqueuse opaque et épaissie ; souvent la cornée transparente est altérée, le cristallin et sa membrane sont opaques, la rétine et la choroïde sont désorganisées. Ordinairement le corps vitré n'existe plus, et sa membrane est convertie en une cavité unique, qui contient un liquide séreux, transparent ou diversement coloré, au milieu duquel flottent les dé-

bris opaques des cloisons détruites de la membrane hyaloïde. Scarpa l'a vue produite par un *fongus hœmatodes* développé dans le fond de l'œil.

*Traitement.* Les efforts de l'art sont la plupart du temps impuissans pour ramener l'œil hydropique à son état naturel, et cependant il est peu de maladies qui présentent des indications aussi simples en apparence que l'hydrophthalmie, puisqu'elles semblent se réduire, lorsque la maladie est à son début, à combattre l'irritation dont l'accumulation de liquide n'est qu'un symptôme. On a tour à tour préconisé une foule de moyens qui sont aujourd'hui pour la plupart abandonnés. Nous pensons que des applications de sangsues, réitérées suivant le besoin, à la tempe et autour de l'orbite; que des fomentations d'eau végéto-minérale, propre à calmer directement l'irritation, et qu'une dérivation long-temps continuée: 1° sur les intestins, par l'usage des purgatifs mercuriaux ou autres; 2° sur la peau, par les pédiluves irritans, et les vésicatoires appliqués sur la tempe ou sur le sourcil; 3° ou enfin, sur le tissu cellulaire, par un séton à la nuque ou par un cautère au bras, sont les moyens qui doivent constituer le traitement le plus rationnel, et qu'ils doivent être constamment préférés aux diurétiques, aux diaphorétiques, à l'électricité, et surtout à la compression, qui nous semble n'être pas exempte de dangers. Ces moyens doivent être continués tant que les douleurs ne sont pas très-violentes ou que l'œil n'a pas franchi l'intervalle des paupières. Mais aussitôt qu'il se déclare des douleurs vives, et capables de transmettre à l'encéphale une irritation funeste, ou dès que l'organe, trop volumineux pour être abrité par les paupières, devient le siége d'inflammations réitérées ou menace de s'ulcérer, il faut attaquer directement la collection liquide. Il y a pour cela deux méthodes: l'une consiste à évacuer, par des ponctions répétées de temps en temps, l'excédant de liquide qui produit la distension; l'autre consiste à vider complètement l'œil, et à le transformer en une espèce de tubercule plein et mobile, sur lequel on peut facilement placer un œil artificiel.

On ignore à qui appartient l'idée première de la paracentèse de l'œil. Pline en a parlé d'une manière vague. Parmi les modernes, M. B. Valentin a fait connaître une observation du docteur Wesen, ayant pour tire *Hydrophthalmie guérie par la paracentèse;* mais l'opération ne s'y trouve pas décrite. Nuck, après avoir fait placer le malade dans la position requise pour l'opération de la cataracte, faisait une ponction au centre même de la cornée transparente, à l'aide d'un trois-quarts de petite dimension et fait exprès. Woolhouse se servait aussi d'un instrument analogue qu'il nommait *paracenterium*; mais il l'enfonçait dans la sclérotique, dans le même lieu où l'on fait pénétrer l'aiguille pour opérer la cataracte par abaissement. Heister piquait aussi dans ce lieu, mais il se servait d'une lancette. Sabatier pense qu'on doit plonger un petit couteau à cataracte à deux tranchans dans la cornée transparente, à l'endroit même où l'on commence l'incision dans l'opération de la cataracte par extraction. Tous ces auteurs conseillent d'introduire pendant quelques jours une mèche dans la plaie, afin de permettre au liquide de s'écouler complètement, de comprimer ensuite l'organe avec une plaque de plomb, et de se mettre, pendant tout le temps que dure le traitement, en garde contre les accidens inflammatoires qui pourraient survenir. C'est aussi pour procurer au liquide un écoulement plus gradué, que Ford a proposé de traverser la cornée de part en part, avec un séton composé de plusieurs brins de fil, dont on diminue chaque jour le nombre en en supprimant un. Mais, quel que soit le procédé qu'on ait mis en usage, cette méthode a toujours l'inconvénient d'exposer presque certainement à la récidive de la maladie, et les corps étrangers que l'on introduit dans la plaie, ou qu'on place sur l'œil, excitent presque toujours une inflammation vive; aussi paraît-elle presque généralement abandonnée aujourd'hui. Nous pensons cependant qu'elle doit être employée toutes les fois que l'œil a conservé sa transparence, et qu'il ne fait pas saillie entre les paupières. Nous croyons que, dans ce cas, la ponction doit être faite sur la cornée transparente quand c'est la membrane de l'humeur aqueuse qui est le siége de l'épanchement, et sur la sclérotique lorsque c'est le corps vitré. Quant au choix de l'instrument, il faut toujours se servir du couteau à cataracte pour diviser la cornée, parce qu'il produit moins de désordre dans le tissu de l'organe que le trois-quarts; et, au contraire, il faut se servir de ce dernier instrument pour pénétrer dans le corps vitré, parce que sa canule présente au liquide plus de facilité pour s'écouler au dehors. Enfin, nous rejetons l'interposition d'un corps étranger dans la plaie, ou son application sur le globe oculaire, comme pouvant exciter une inflammation qu'on a toujours intérêt à éviter. Ce procédé, que du reste nous n'avons jamais vu mettre en usage, permettrait peut-être de conserver l'œil plus long-temps, et même pour toujours, si l'irritation, cause de l'hydropisie, venait à cesser définitivement après qu'on aurait fait un certain nombre de ponctions.

Mais toutes les fois que la cornée désorganisée fait saillie entre les paupières, le traitement dont il vient d'être question ne conviendrait plus, puisque, en supposant qu'il réussît à faire rentrer l'œil en dedans des paupières, cet organe resterait toujours plus difforme qu'un œil artificiel. Il faut alors recourir à la méthode la plus généralement adoptée aujourd'hui, et qui consiste, comme nous l'avons dit, à vider l'œil en enlevant un segment du sphéroïde qu'il forme en avant. Les praticiens ne sont pas d'accord sur le lieu où il convient de faire cette opération. Louis, Terras, Mauchart et Scarpa ont vu des accidens inflammatoires très-graves survenir lorsque la section porte sur la sclérotique, en arrière de la circonférence de la cornée, et ils conseillent de n'enlever qu'une portion de cette membrane. Quelques uns emploient encore le procédé de Celse qui incisait crucialement la cornée, et opérait ensuite avec des ciseaux la résection des quatre lambeaux. Scarpa se sert d'un couteau à cataracte, à l'aide duquel il détache la demi-circonférence inférieure de la cornée transparente, exactement comme cela se fait dans le premier temps de l'opération de la cataracte par extraction; après quoi il saisit le lambeau avec des pinces, et,

retournant le tranchant de son instrument en haut, il achève d'en détacher circulairement la presque totalité. L'œil se vide peu à peu. L'inflammation est en général si peu intense, qu'elle n'a besoin d'être combattue que par des moyens très-simples ; quelquefois même elle est si lente et si faible, qu'il devient nécessaire de l'exciter. Il suffit pour cela de laisser l'œil exposé au contact de l'air pendant quelques heures ou pendant une journée. Au bout de quelques jours le bord de la section se détache sous la forme d'une escharre grisâtre; alors l'organe diminue rapidement de volume, et l'ouverture se rétrécit en proportion. Vers la fin du traitement, cette ouverture donne passage à un petit tubercule rougeâtre et comme fongueux, formé par les membranes intérieures enflammées, et qu'il suffit de toucher légèrement avec le nitrate d'argent pour qu'il disparaisse complètement; alors la guérison est achevée, et il ne reste plus qu'à placer un œil artificiel.

M. Demours (1) emploie pour opérer la résection de l'œil un instrument mécanique, analogue à celui que Guérin a proposé pour l'opération de la cataracte, mais plus grand. L'anneau reçoit, non-seulement la totalité de la cornée, mais encore une petite partie de la sclérotique, et la lame, au lieu de ne détacher qu'un lambeau demi-circulaire, sépare complètement toutes les parties qui sont reçues dans l'anneau. Ce procédé a l'avantage de terminer l'opération dans un instant presque indivisible, et, quoiqu'il agisse sur la sclérotique, l'auteur dit ne l'avoir jamais vu suivi d'accidens graves; cependant, comme ces accidens ont été observés par d'autres, tandis que la section bornée à la cornée ne paraît pas y avoir jamais donné lieu, c'est le procédé de Scarpa, au moyen duquel l'œil se vide tout aussi complètement, qui nous paraît mériter la préférence.

### De l'hydrocéphale.

Comme son nom l'indique, l'hydrocéphale est une accumulation d'eau dans la tête; son siége précis est la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules, soit entre les deux lames de cette membrane à la surface des hémisphères cérébraux. Les auteurs l'ont divisée en *aiguë* et en *chronique*; et les causes qu'ils lui assignent sous l'une ou sous l'autre de ces formes, les symptômes sous lesquels ils la décrivent, la marche, la durée et les modes de terminaison qu'ils lui attribuent, enfin les lésions cadavériques qu'ils reconnaissent avoir rencontrées à sa suite, tout démontre que c'est l'histoire de l'arachnoïdite qu'ils ont tracée sous le nom de l'un de ces symptômes. L'épanchement n'est pas la maladie, dit M. Itard, qui a le mieux écrit sur l'hydropisie en général et sur l'hydrocéphale en particulier, il n'en est que le résultat. La maladie est toujours l'irritation de l'arachnoïde, quelquefois sympathique d'une phlegmasie gastro-intestinale, d'autres fois d'une inflammation aiguë ou chronique du cerveau lui-même, et souvent idiopathique. Presque toujours de nature inflammatoire, cette irritation est sans doute quelquefois bornée à la simple augmentation de la sécrétion de la membrane, mais aucun symptôme ne peut la faire distinguer de la phlegmasie.

Des enfans naissent quelquefois avec une hydrocéphale qu'on nomme alors *congéniale*, et si l'épanchement a lieu dans les ventricules, toute la substance cérébrale est déplissée en membrane, et sert de poche au liquide; s'il existe au contraire à la surface du cerveau, cet organe est déprimé vers la base du crâne, et converti en une espèce de moignon. Dans quelques cas, on trouve la substance cérébrale réduite en une sorte de bouillie au milieu de l'épanchement. Peut-on dire que ces hydrocéphales dépendent de l'irritation de l'arachnoïde? Sans doute on ne peut pas le demontrer, mais il est probable qu'il en est ainsi, car on sait que le fœtus, dans le sein de sa mère, est apte à contracter toutes les phlegmasies connues. Toutefois, il serait possible que cet épanchement dépendît quelquefois d'un obstacle au retour du sang veineux du cerveau vers le cœur, obstacle qui, s'opposant à la libre absorption des fluides sans cesse exhalés par les extrémités artérielles, en produirait ainsi l'accumulation dans l'encéphale.

Nous avons déjà dit, en parlant de l'arachnoïdite, que l'on avait proposé et employé la ponction du crâne pour donner issue au liquide accumulé. Cette opération est toujours suivie de la mort prompte du malade : on doit donc y renoncer. Le seul cas où il devient indispensable d'y avoir recours, c'est celui d'une hydrocéphale congéniale qui s'oppose à la sortie du fœtus du sein de la mère. Telle est, au reste, l'unique indication spéciale dont l'hydrocéphale puisse devenir l'objet, car tous les autres moyens doivent avoir pour but de détruire l'irritation encéphalique ou gastro-intestinale, cause première du désordre. Il ont été exposés dans l'histoire de l'arachnoïdite.

### De l'hydrorachis.

Ce que nous avons dit précédemment des causes, des symptômes, etc., de l'hydrocéphale, est en partie applicable à l'hydrorachis. Cet épanchement de liquide dans l'arachnoïde rachidienne dépend en effet presque toujours de l'irritation directe ou sympathique de cette membrane, et n'a pas de symptômes particuliers. Quelquefois, cependant, le liquide accumulé dans le canal rachidien provient de l'arachnoïde cérébrale; on pense aussi qu'il peut s'y rassembler par l'effet de l'engorgement des veines du rachis et des enveloppes membraneuses de la moelle. Le seul symptôme bien positif qui puisse en révéler l'existence, consiste dans la tumeur que peut former l'épanchement dans un des points de la colonne vertébrale; mais il est excessivement rare de l'observer, si ce n'est dans l'hydrorachis congéniale. La paralysie des extrémités inférieures et les convulsions peuvent être produites par toute autre affection du canal rachidien.

L'hydrorachis congéniale a aussi été nommée *spina bifida*, parce que la poche qu'elle forme à l'extérieur existe ordinairement entre un écartement des deux moitiés d'une ou de plusieurs vertèbres. Tantôt toute la vertèbre est divisée, tantôt

(1) *Traité des maladies des yeux.*

elle manque seulement d'une partie plus ou moins étendue de ses arcs latéraux; enfin, quelquefois les arcs bien développés sont seulement écartés, et, dans tous ces cas, la colonne épinière est comme *bifide*. La tumeur hydrorachidienne varie pour la forme : elle est arrondie, ou bursale, ou pyriforme, ou pédiculée, et quand le rachis est bifidé, comme Bidloo et Valsalva l'ont observé, elle est longitudinale et plus ou moins prononcée; elle est variable également en grosseur depuis celle d'une noisette jusqu'à celle des deux poings. Elle est quelquefois transparente, mais plus fréquemment opaque, sans changement de couleur à la peau, dans les cas les plus nombreux, mais parfois avec coloration rougeâtre ou brunâtre de cette membrane, rénitente et lisse, rarement molle et ridée. C'est à la région lombaire qu'on la rencontre le plus fréquemment, moins souvent à la région dorsale, plus rarement encore au cou et au sacrum. Quelquefois il existe deux tumeurs à la fois : ordinairement, une occupe les lombes, l'autre la région du dos; elles communiquent presque toujours ensemble. Les divers points de l'étendue du crâne, et particulièrement l'occiput, offrent quelquefois des hydrocéphales congéniales partielles, qu'on pourrait rapprocher des tumeurs hydrorachidiennes.

L'hydrorachis congéniale est ordinairement accompagnée de convulsions, d'assoupissement, et surtout de paralysie des extrémités inférieures. Soit par l'effet du frottement, soit parce que la peau est incessamment distendue par l'abord continu du liquide, cette membrane ne tarde pas à rougir et à s'enflammer, elle se crève et donne issue au liquide épanché : la mort en est très-promptement la suite. La sérosité qui s'écoule est limpide et plus ou moins citrine, quelquefois sanguinolente, purulente, et parfois noirâtre. Outre l'état des vertèbres dont il a été question ci-dessus, on trouve, à l'ouverture des cadavres, la moelle diversement altérée; elle est amincie ou ramollie, ou divisée dans une plus ou moins grande étendue, ou percée d'un canal dans son intérieur, et quelquefois complètement détruite vis-à-vis l'hydrorachis. Ces lésions ne sont pas constantes, et la moelle ne présente quelquefois aucune altération. L'arachnoïde rachidienne offre très-souvent des traces de phlogose, suivant M. Itard.

L'hydrorachis congéniale est presque toujours mortelle en quelques jours. On lit cependant dans les auteurs des exemples d'une assez longue durée de cette affection, comme dix ans (Bonn), vingt ans (Warner), et vingt huit ans (Camper). Terris rapporte un exemple de guérison. L'hydrorachis qui survient accidentellement chez les adultes est-elle susceptible de guérison ? M. Ollivier d'Angers rapporte une observation qui tend à faire croire que le liquide épanché peut être résorbé (1). Le rôle du médecin, dans le cas de tumeur hydrorachidienne, se borne à préserver cette tumeur de toute pression, de tout frottement qui pourrait enflammer la peau, et hâter l'instant fatal. Quant au traitement de l'hydrorachis accidentelle, c'est celui de l'arachnoïdite rachidienne, dont elle n'est qu'un symptôme.

(1) *De la moelle épinière et de ses maladies*, p. 285, observation XXXIX.

## De l'hydrothorax.

L'hydrothorax, ou accumulation de liquide dans la cavité des plèvres, est presque constamment l'effet de l'inflammation aiguë ou chronique de ces membranes; lorsqu'il n'en dépend pas, ce qui, selon M. Laennec, arrive à peine une fois sur deux mille (1), il est probablement l'effet d'un obstacle à la circulation, dont le siége reste à déterminer (2). Cet épanchement ne doit donc pas nous occuper sous le rapport des causes ni des symptômes, puisque nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit en traitant de la pleurite aiguë et chronique. Tout ce que nous ajouterons ici, relativement au traitement, c'est que la paracentèse du thorax a été pratiquée quelquefois avec succès. Il serait important de bien déterminer les cas dans lesquels cette opération peut être utile. Ce doit être dans ceux où la phlegmasie de la membrane a cessé; mais comment en acquérir la certitude? Le procédé opératoire sera décrit lorsqu'il sera question de l'empyème.

## De l'hydropéricarde.

C'est encore un symptôme que l'on a érigé en maladie. L'accumulation de sérosité dans la membrane séreuse qui enveloppe le cœur, ou l'hydropéricarde, est en effet constamment produit par l'inflammation de cette membrane; nous renvoyons donc pour les causes, symptômes, etc., à l'article de la péricardite; nous ajouterons seulement ici quelques mots sur le traitement, en exposant les procédés opératoires qui ont été proposés pour donner issue au liquide épanché.

Lorsqu'on ne peut plus conserver aucun doute sur l'existence de l'hydropéricarde, qu'il est considérable, qu'il menace incessamment la vie du sujet, et que les médicamens que nous avons indiqués restent sans effet, on peut tenter l'ouverture du péricarde, pour le débarrasser de la sérosité qui le remplit. Cette opération est dangereuse, mais la maladie est inévitablement mortelle; l'hésitation n'est donc permise que si l'état général du malade ne laisse pas d'espérance. Pour donner au liquide une issue au dehors, Senac voulait qu'on plongeât un trois-quarts entre les cartilages des troisième et quatrième côtes asternales gauches à deux pouces du bord du sternum, et qu'on le dirigeât obliquement derrière l'appendice xyphoïde

(1) *De l'auscultation médiate*, tom. I, pag. 409, 1re édition.

(2) « Unde intelligitur quare post asthma spasmodicum, convulsivum, diù toleratum, toties sequatur hydrops thoracis. Certè in hoc morbo, cor dextrum sanguinem pellere nequit per pulmonem constrictum; hinc venæ cavæ se evacuare non possunt; ideo omnes venæ turgent, livescunt labia et tument miseris, ideoque et venæ lymphaticæ resorptam lympham tradere nequeunt venis sanguinis præ nimiâ plenitudine turgentibus; pergunt tamen arteriæ exhalare, et perpetuum fit in thoracis cava stillicidium. » (Van Swieten, *Comment. in Boerrh. Aphoris*, tom. IV, pag. 130.)

en le poussant d'avant en arrière et de dedans en dehors. Desault, dans un cas où il croyait ouvrir un hydropéricarde, fit une incision entre les cartilages de la sixième et de la septième côtes sternales gauches, près du sternum, divisa le plan intercostal, porta le doigt dans la plaie, reconnut la fluctuation, et fit avec la pointe du bistouri une ponction, qui fut suivie de l'évacuation du liquide. On sentit alors le cœur battre au fond de la plaie, mais l'ouverture démontra que l'on n'avait ouvert qu'un kyste séreux, placé au devant du péricarde. M. Skeilderup a proposé d'appliquer une couronne de trépan sur la partie gauche du sternum, immédiatement au dessus de l'insertion du cartilage de la cinquième côte, et de pénétrer jusqu'au péricarde à travers cette ouverture. M. Richerand pense qu'on pourrait faire au péricarde une large ouverture, afin de permettre à l'air d'entrer dans la cavité de cette membrane, de l'enflammer et d'obtenir la cure *radicale* de la maladie, en la faisant partout adhérer à elle-même. De tous ces procédés, celui de Desault nous paraît le meilleur, celui de Senac n'est pas sûr, celui de Skeilderup est difficile et laborieux; quant à celui de M. Richerand, aucun chirurgien physiologiste ne sera tenté de l'essayer.

### De l'ascite.

On nomme *ascite* l'accumulation de sérosité dans la cavité abdominale. Dans le plus grand nombre des cas, elle n'est que le symptôme de la péritonite; quelquefois elle dépend d'une gastro-entérite chronique qui excite le péritoine et le force à sécréter plus abondamment que dans l'état normal; elle est assez souvent l'effet des phlegmasies chroniques du foie, occupant une grande étendue de cet organe, de celles de la rate, des reins, des ovaires, et de la tuméfaction d'un grand nombre de ganglions mésentériques; elle est parfois produite par l'oblitération de la veine-porte (1); elle naît quelquefois sous l'influence du froid humide appliqué subitement sur la peau, d'une boisson glacée lorsque le corps est en sueur; mais alors elle est presque toujours précédée de l'infiltration des extrémités inférieures; enfin elle survient parfois vers la fin des maladies du cœur, et dans ce cas, comme dans le précédent, elle est toujours précédée d'anasarque.

L'ascite accompagne les symptômes des phlegmasies du péritoine, du foie, de la rate, des reins, des ovaires, de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et on les lui a donnés pour cortége dans les diverses descriptions qu'on en a faites. Il est évident qu'elle n'est elle-même alors qu'un symptôme ou l'effet de ces phlegmasies. Mais elle se développe quelquefois sans avoir été précédée par aucune de ces affections, ou bien elle survit à leur guérison, et constitue alors par elle-même une maladie. Dans tous les cas d'ailleurs elle a des caractères propres qui la font reconnaître; elle devient en outre la cause de phénomènes morbides secondaires qu'on peut, à la rigueur, appeler ses symptômes, et il importe d'exposer les uns et les autres.

Quelle que soit donc la cause de l'ascite, voici par quels signes elle se manifeste, et les accidens qu'elle entraîne. On s'aperçoit d'abord que le volume du ventre augmente dans la région hypogastrique, puis la tumeur envahit peu à peu tout l'abdomen; elle devient considérable, la peau se distend et est luisante; et si, plaçant une main à plat sur un des côtés de l'abdomen, on frappe avec l'autre de petits coups sur le côté opposé, on sent distinctement le flot du liquide qui vient battre la paroi abdominale sur laquelle une des mains est placée. Suivant la position que le malade prend dans son lit, la forme du ventre change; la masse du liquide se porte du côté où se couche le malade, et s'il reste sur le dos, l'abdomen s'aplatit au centre, et bombe dans les flancs. A mesure que l'accumulation de sérosité augmente, la peau se distend et s'amincit de plus en plus; le diaphragme refoulé s'abaisse difficilement, et il en résulte une gêne de la respiration, d'autant plus grande que le malade est dans une position plus horizontale; elle diminue beaucoup lorsqu'il est assis. La peau de tout le corps, mais surtout celle du visage et des avant-bras, devient terreuse, sèche et râpeuse; la soif est souvent très-vive; les urines sont rares; le malade maigrit et meurt dans le marasme; ou bien une infiltration de tout le tissu cellulaire a lieu; la plèvre elle-même se remplit de liquide, et le malade meurt comme suffoqué.

La mort n'est pas la conséquence inévitable de l'ascite; si la phlegmasie qui la produit peut être découverte, ce qui n'est pas toujours facile, comme le traitement devient nécessairement plus rationnel, il y a plus d'espérance de succès. Lorsqu'elle a été produite très-promptement par l'ingestion d'une boisson glacée ou par l'impression prolongée de vêtemens mouillés ou de l'eau froide sur le corps, elle est en général assez facilement curable, parce que le péritoine n'est pas altéré d'une manière sensible; il n'est le siége que d'une irritation sécrétoire. Enfin, on l'a vu guérir fréquemment par un écoulement abondant d'urine, ou une diarrhée séreuse, ou des sueurs excessives, survenues spontanément ou provoquées par l'art. Sa durée est rarement moindre d'un à deux mois; elle se prolonge quelquefois pendant plusieurs années.

Les caractères anatomiques de l'ascite sont ceux de la péritonite, de toutes les phlegmasies chroniques des viscères contenus dans l'abdomen, et l'oblitération de la veine-porte. Son traitement, par conséquent, n'est autre chose que celui de ces affections. Mais lorsqu'il est impossible de savoir pendant la vie, laquelle de ces phlegmasies en est la cause, il faut la traiter par les sudorifiques ou par les diurétiques, ou par les purgatifs, et enfin par la paracentèse. Tous les médicamens qui composent ces trois grandes classes ont été employés, il est donc inutile d'en donner ici la liste. Nous citerons seulement parmi les premiers, les infusions chaudes de thé, de sureau, de sauge, de lavande, etc., l'acétate d'ammoniaque, l'opium, les frictions de toute espèce, et les vapeurs de toutes natures; parmi les seconds, la scille, la

(1) *Mémoire sur l'oblitération des veines*, etc., par M. Bouillaud, et l'article *Ascite* du même auteur dans le *Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques.*

digitale, l'asperge, le fraisier, la scorzonère, la pariétaire, le genièvre, le nitrate de potasse; et parmi les derniers, le proto-chlorure de mercure, la résine de jalap, la bryone, le nerprun, la coloquinte, la gomme-gutte, l'aloès, la gratiole, l'asaret, l'ellébore, l'eau-de-vie allemande. M. Lalanne a employé le nitrate de potasse à très-hautes doses, avec un succès bien propre à en recommander l'emploi (1). Mais il ne faut pas perdre de vue, que ces médicamens produisent des effets contraires à ceux qu'on en attend si les voies digestives sont irritées, et qu'ils aggravent même le désordre. Il faut savoir les suspendre aussitôt qu'on s'aperçoit de leurs mauvais effets, et ne pas persister opiniâtrément à en gorger les malheureux malades. M. Landré-Beauvais rapporte qu'un malade qu'il traitait en vain par ces moyens, fut promptement guéri par un autre médecin au moyen du petit-lait nitré et du lait pur (2). Nous venions de lire ce fait, lorsque nous avons guéri de la même manière un enfant auquel on parlait déjà de pratiquer la ponction. On seconde ordinairement avec avantage l'action de ces agens thérapeutiques, par les ventouses sèches, les sinapismes promenés sur la peau, et les vésicatoires aux jambes. Mais dans le cas d'ascite presque subitement survenue à la suite d'une boisson froide, de l'immersion du corps dans l'eau, de la suppression du flux hémorrhoïdal, de l'omission d'une saignée habituelle, en un mot dans l'ascite par irritation sécrétoire, il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine, et l'on doit en même temps ne prescrire que des boissons délayantes, acidulées et légèrement diurétiques, et recommander la diète sévère. Enfin lorsque l'accumulation de sérosité devient trop considérable, que les parois abdominales semblent ménacées de rupture, que la gêne de la respiration est excessive, si le ventre n'est pas douloureux ou l'est à peine, il faut pratiquer la ponction. Cette opération guérit rarement, mais elle soulage toujours; elle prolonge et rend plus supportables les jours du malade.

Pour la pratiquer, il faut préparer un trois-quarts, instrument trop connu pour qu'il soit besoin de le décrire ici, des alèzes pour garnir le lit du malade, un grand vase propre à recevoir le liquide, quelques compresses, quelques serviettes et un bandage de corps ou une bande de flanelle, longue de cinq à six aunes et de la largeur de la main.

Quelques chirurgiens font tenir le malade assis, mais dans cette position il est plus sujet à éprouver des syncopes, et presque tous le font coucher sur le bord de son lit, la tête et la poitrine soutenues par des oreillers, les cuisses relevées et fléchies, les talons rapprochés des fesses. On détermine alors le lieu où l'on doit pratiquer la ponction; ce lieu a été diversement indiqué. Sa détermination précise a pour but d'éviter l'artère épigastrique qui est en avant, le long du muscle droit, le foie et la rate qui sont sur les côtés, et qui étant souvent engorgés dans cette maladie, descendent quelquefois jusqu'à la crète de l'os des îles; quant aux intestins, ils restent fixés à la colonne vertébrale, et sont par conséquent suffisamment éloignés des lieux où l'on pratique l'opération. En général on choisit le côté droit afin d'éviter l'épiploon qui flotte au milieu de la sérosité, et qui descend plus bas du côté gauche. Quelques opérateurs recommandent de plonger l'instrument à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; d'autres au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; d'autres encore, au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic, l'épine du pubis, et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sabatier propose d'opérer au milieu de l'espace qui sépare le bord des fausses côtes et la crète de l'os des îles, l'ombilic et l'apophyse épineuse de la colonne vertébrale: c'est à peu près en cet endroit qu'on opère le plus ordinairement. Enfin quelques chirurgiens ont tenté la ponction par le rectum chez l'homme, et par le vagin chez la la femme; mais ces exemples ne paraissent pas avoir été suivis.

Tels sont les endroits où l'on peut plonger le trois-quarts dans tous les cas où les parois abdominales ont cédé uniformément. Mais quelquefois le liquide, trouvant moins de résistance dans certains points, vient y faire au dessous de la peau une tumeur transparente sur laquelle il est évident qu'on doit alors pratiquer la ponction. C'est ainsi qu'on a vu la membrane séreuse former une hernie à l'ombilic, ou la sérosité remplir un ancien sac herniaire existant dans le scrotum, et la ponction faite avec succès dans ces deux endroits.

Quoi qu'il en soit, le lieu où il convient de pratiquer la ponction étant déterminé, on place le malade le plus près possible du bord du lit, et un aide, appliquant largement ses mains sur le côté opposé de l'abdomen, pousse le liquide vers le point qui doit être piqué. Le chirurgien prend alors le trois-quarts, trempe sa pointe dans l'huile, en place le manche dans la paume de la main, les trois derniers doigts étant recourbés sur lui, le pouce et l'indicateur allongés sur sa tige, il en présente la pointe perpendiculairement aux tégumens, et évitant les grosses veines qui rampent ordinairement sous la peau, il le fait pénétrer d'un seul coup jusque dans la cavité du péritoine, en le poussant avec la paume de la main, et en abandonnant, si cela est nécessaire, sa tige de tous les doigts qui la tiennent. Le défaut de résistance et l'écoulement de la sérosité le long de la cannelure de la canule, lui font juger que l'instrument a pénétré à la profondeur requise. Il retire alors le poinçon en retenant la canule entre les deux premiers doigts de la main gauche; la sérosité qui s'écoule est reçue dans un vase préparé à cet effet; des pressions larges et douces facilitent sa sortie. Sur la fin de l'opération, il arrive souvent que le jet du liquide s'arrête tout à coup. Cela dépend communément de ce que l'un des organes abdominaux vient s'appliquer à l'extrémité de la canule; d'autres fois, c'est quelque flocon de fibrine décolorée qui vient la boucher. Il suffit en général de faire exécuter quelques mouvemens au malade, de diriger les pressions dans un autre sens, ou d'introduire un stylet mousse dans la canule afin de repousser l'obstacle, pour rétablir le cours

(1) Voyez *Annales de la médecine physiologique*, mai 1824, pag. 409 et suivantes.

(2) *Dictionnaire de médecine*, article ASCITE.

du liquide. Lorsque l'évacuation est terminée, on retire la canule en la saisissant de la main droite, tandis qu'avec les deux premiers doigts de la main gauche, placés sur les côtés de l'ouverture, on soutient les parties pour les empêcher de suivre l'instrument. On place alors des compresses épaisses, sèches ou trempées dans du vin chaud, on les soutient par le bandage de corps, ou avec la bande de flanelle. On doit d'abord établir une compression assez forte, et ne rendre au ventre sa liberté que peu à peu, parce que, pendant les premiers jours, les parois abdominales ayant perdu toute leur élasticité, ne réagissent plus sur les organes abdominaux, et qu'il en résulte des embarras dans la circulation veineuse et dans la respiration, qui amènent des syncopes prolongées. Nous ne rappelerons pas que des hommes d'un grand mérite ont proposé d'injecter des liquides irritans dans le péritoine pour obtenir la cure radicale de l'ascite.

Si, malgré les précautions indiquées, on s'apercevait après l'extraction de la canule, qu'il s'écoule par la plaie une quantité considérable de sang, il faudrait, à l'exemple de Bellocq, introduire dans la piqûre un cylindre de cire ou un bout de bougie emplastique, afin d'exercer une compression efficace sur le vaisseau divisé.

### De l'hydrocèle.

On appelle *hydrocèle* toutes les accumulations de sérosité qui occupent le scrotum, et on les désigne par les noms d'*hydrocèle par infiltration*, *hydrocèle du cordon*, et *hydrocèle par épanchement* ou *de la tunique vaginale*, selon qu'elles ont leur siége, dans le tissu cellulaire qui sépare les diverses tuniques du testicule, dans la gaîne propre au cordon, ou enfin dans la cavité même de la membrane séreuse.

Les deux premières espèces appartiennent aux maladies du tissu cellulaire. Nous ne nous occuperons donc ici que de la dernière, c'est-à-dire de l'hydrocèle de la tunique vaginale ou *par épanchement.*

La disposition différente de la tunique vaginale aux différens âges de la vie, apporte des modifications importantes dans les phénomènes principaux de la maladie, ainsi que dans le traitement qu'il convient de lui opposer; de là deux variétés principales de l'hydrocèle : l'une est l'*hydrocèle congéniale*, l'autre l'*hydrocèle des adultes.*

#### Hydrocèle congéniale.

Viguerie est le premier qui ait décrit l'hydrocèle congéniale. Elle consiste en une collection de sérosité qui se fait dans la cavité de la tunique vaginale, avant que la communication entre cette tunique et le péritoine ait cessé.

*Causes.* On en trouve la cause dans cette communication même, qui permet à la sérosité du péritoine de s'épancher au dehors; on l'observe principalement chez les enfans. Souvent le liquide suit le testicule; mais M. Dupuytren l'a vu plusieurs fois précéder cet organe, qu'il trouvait alors arrêté, soit au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal; soit dans le trajet de ce canal, soit enfin au niveau de son orifice inférieur.

*Symptômes.* Quelle que soit la situation du testicule, on reconnaît cette maladie à une tumeur molle, fluctuante, transparente, pyriforme, étendue de l'anneau inguinal au scrotum, et qui disparaît par la pression exercée de bas en haut, ou par le coucher sur le dos, et reparaît lorsqu'on cesse de la comprimer, ou lorsque le malade se tient debout. L'hydrocèle congéniale est souvent compliquée de hernie; ce qu'on reconnaît facilement aux gargouillemens qui se font ordinairement entendre ou sentir dans la tumeur, ainsi qu'à quelques autres symptômes particuliers aux hernies, et à ce que la tumeur présente un mélange très-remarquable de parties opaques et de parties transparentes.

*Marche*, *durée*, *terminaisons et pronostic.* Ordinairement cette maladie débute d'une manière brusque. Souvent elle dure peu, parce que la communication entre le péritoine et la tunique vaginale cesse peu à peu. On s'aperçoit de cette tendance à la guérison, à la difficulté de plus en plus grande qu'on éprouve à faire rentrer le liquide dans l'abdomen. Mais quelquefois aussi, après l'oblitération complète de la tunique vaginale, la maladie persiste et réclame alors le même traitement que l'hydrocèle des adultes; d'autres fois enfin la communication s'élargit et amène la formation d'une hernie congéniale : c'est alors cette dernière maladie qui doit attirer l'attention du médecin.

*Traitement.* Tant que le testicule n'est pas descendu dans les bourses, le traitement se borne à l'emploi de quelques moyens astringens, et surtout des bains froids. On a vu, dans quelques cas, les vésicatoires appliqués sur le scrotum réussir à faire absorber le liquide et à procurer l'adhésion des parois de la poche et l'oblitération de sa cavité; mais ces moyens échouent souvent. Lorsqu'au contraire, cet organe occupe le fond des bourses, on peut combattre la maladie par des moyens plus efficaces. Viguerie exerçait au niveau de l'anneau une compression qui, interrompant la communication du péritoine et de la tunique vaginale, faisait adhérer l'une à l'autre les parois du canal qui l'établissait, et prévenait ainsi, sans retour, la chute de la sérosité abdominale dans les bourses. Cette méthode est adoptée par beaucoup de praticiens. Cependant elle est quelquefois infidèle; aussi quelques chirurgiens en emploient-ils une autre qu'on doit à Desault. Dans un cas d'hydrocèle congéniale, existant chez un enfant de huit ans, cet illustre praticien fit une ponction qui donna lieu à l'évacuation du liquide; il s'aperçut alors qu'il y avait complication d'une hernie, qu'il réduisit. Après quoi, faisant appliquer fortement le doigt d'un aide sur l'anneau inguinal, il fit une injection de vin, comme si la communication n'existait pas, et, ayant ensuite établi une compression permanente sur le même lieu, il réussit à circonscrire l'inflammation dans la tunique vaginale qui s'oblitéra, et à prévenir ainsi le retour de l'hydrocèle et celui de la hernie. M. Dupuytren a plusieurs fois employé cette méthode avec succès, soit dans le même cas, soit dans ceux d'hydrocèle congéniale simple.

### Hydrocèle des adultes.

L'hydrocèle des adultes est ordinairement bornée à un seul côté. Elle est toujours continue, rarement aiguë, le plus souvent chronique.

*Causes*. Ordinairement on ignore les causes qui la produisent. Assez souvent cependant elle accompagne les engorgemens chroniques de l'épididyme. Quelquefois elle paraît survenir à la suite de froissemens éprouvés par les bourses pendant un exercice à cheval trop prolongé, par l'effet de vêtemens trop serrés, etc.

*Symptômes*. On la reconnaît à une tumeur étendue du fond du scrotum vers l'anneau inguinal, sans changement de couleur à la peau, ovoïde, égale, molle, fluctuante, indolore, transparente à la lumière, dans laquelle le testicule correspondant se trouve enveloppé et comme caché, qui n'éprouve aucune augmentation de volume, aucune tension par l'effet des efforts d'expiration ou des secousses de toux, et dont la pesanteur spécifique, peu considérable, n'est guère plus grande que celle d'un pareil volume d'eau. Il est facile, à ces signes, de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale de l'œdème des bourses ou *hydrocèle par infiltration*, et de l'*hydrocèle enkystée du cordon*. La première de ces maladies, qu'on distingue en *idiopathique* et en *symptomatique*, selon que, comme on le voit plus particulièrement chez les enfans, elle dépend d'une cause locale, d'un froissement, de la malpropreté, etc., ou que, comme cela se remarque chez les adultes et les vieillards, elle est l'effet d'une ascite, d'une leucophlegmatie, d'une paralysie, etc, est molle, pâteuse, conserve l'impression du doigt, s'étend ordinairement avec rapidité à tout le scrotum et jusqu'à la verge, et n'offre jamais la fluctuation ni la transparence de l'épanchement aqueux de la tunique vaginale. La seconde est à la vérité transparente, mais renfermée dans la tunique propre au cordon, dont elle suit tous les mouvemens, elle n'acquiert jamais un grand volume; elle est, dès son origine, beaucoup plus rapprochée de l'anneau, dans lequel elle s'engage quelquefois, et le testicule placé au-dessous d'elle n'en est jamais recouvert ni enveloppé.

En général, il est également facile de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale d'avec la hernie inguinale. Celle-ci, non fluctuante, réductible et non transparente, commence toujours à l'anneau pour s'étendre de là vers le fond du scrotum, et elle est accompagnée d'un trouble particulier des fonctions digestives. L'hydrocèle, au contraire, commence toujours au fond du scrotum, et ne s'élève jusqu'à l'anneau que dans sa période la plus avancée; elle n'est pas réductible dans le ventre, et elle offre ordinairement une transparence manifeste. On la distingue aussi d'une accumulation de sérosité dans un sac herniaire ancien, à la circonstance de l'existence antérieure d'une hernie, et à la rentrée du liquide dans le ventre lorsqu'on comprime la tumeur et lorsque le malade est couché. Mais si le sac herniaire était oblitéré, alors le diagnostic deviendrait fort difficile. Il en est de même lorsqu'il s'agit de prononcer entre l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale et celle de certains kystes séreux développés dans l'épaisseur des bourses. Heureusement que, dans l'un et l'autre de ces cas, les méprises seraient peu fâcheuses : car le même traitement peut être appliqué à ces maladies et à l'hydrocèle véritable.

Il est plus facile de confondre le sarcocèle avec l'hydrocèle que la hernie. Cependant, dans cette maladie, la tumeur, formée par l'engorgement du testicule lui-même, est dure et inégale, elle fait des progrès assez rapides; elle est accompagnée de douleurs vives, dont les unes, lancinantes, la traversent dans tous les sens avec la rapidité de l'éclair, et dont les autres dépendent du tiraillement qu'elle fait éprouver au cordon, en vertu de sa pesanteur considérable; et elle est toujours séparée de l'anneau par un intervalle égal à la longueur du cordon; la tumeur formée par l'hydrocèle présente, comme on l'a vu, des caractères opposés.

Rien ne serait donc en général plus facile que de distinguer l'hydrocèle de la tunique vaginale des affections avec lesquelles elle a le plus d'analogie, si elle conservait toujours les caractères que nous avons fait connaître, et qui sont ceux qu'elle présente dans son plus grand état de simplicité. Mais il arrive quelquefois que ces caractères varient au point de devenir tout-à-fait opposés à ceux qui ont été indiqués. Quelquefois, par exemple, la tumeur, gênée dans son développement par l'action d'un suspensoir mal fait ou mal appliqué ou par l'effet de toute autre cause externe, s'allonge en se prolongeant en arrière, ou s'aplatit dans divers sens, au lieu de représenter un ovoïde dont la base est en bas et le sommet dirigé vers l'anneau. Dans d'autres cas, elle présente à l'extérieur des bosselures plus ou moins nombreuses et fortes. On a vu (1) la poche engager son sommet dans l'anneau inguinal, l'agrandir ainsi que le canal du même nom, et, arrivée dans la cavité abdominale, se dilater de nouveau en prenant la forme d'un bissac. Chez beaucoup de sujets, la tumeur acquiert une *rénitence* telle que la fluctuation ne s'y fait plus sentir; presque toujours alors, le testicule, comprimé par le liquide, devient le siége de douleurs assez vives. D'autres fois elle perd plus ou moins complètement sa transparence. Chez certains sujets dont la maladie est très-ancienne, elle peut acquérir une dureté très-considérable, etc. Tant que la tumeur conserve sa perlucidité, on peut toujours reconnaître sa nature; mais lorsqu'elle est à la fois opaque, dure, et que, comme cela arrive ordinairement dans ces cas, elle est en même temps d'un petit volume, inégale et douloureuse, on conçoit qu'il peut devenir très-difficile, sinon impossible, de la distinguer d'un engorgement squirrheux du corps même du testicule. C'est alors qu'on peut retirer de très-grands avantages d'une comparaison judicieuse des signes commémoratifs avec les signes actuels de la maladie.

*Complications*. La maladie qui complique le plus souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale, est le sarcocèle. Presque toujours alors cette maladie a précédé, et l'hydrocèle n'en est qu'un effet.

(1) Voyez la *Médecine opératoire* de Sabatier, 3e édition.

On peut s'aider des signes commémoratifs pour reconnaître cette complication. Dans le cas contraire, lorsque la tension n'est pas très-considérable, on sent au toucher, au milieu du liquide, une tumeur dure et irrégulière, qui ne peut-être formée que par le testicule ou par l'épididyme engorgé; et, dans tous les cas, l'existence des signes qui accompagnent le sarcocèle, et la pesanteur plus considérable de la tumeur, portent, ou à établir sûrement le diagnostic, ou du moins à soupçonner la vérité. Au reste, comme toutes les opérations qu'on oppose à l'hydrocèle ont toujours pour premier effet l'évacuation du liquide, l'ignorance dans laquelle on serait resté sur l'existence d'une *hydro-sarcocèle*, pourra toujours être dissipée assez à temps pour qu'on puisse employer contre la maladie du testicule, qui est l'affection principale, les moyens qui lui conviennent.

L'hydrocèle est assez souvent aussi compliquée de varicocèle. Dans ce cas, l'existence des veines variqueuses qui suivent le trajet du cordon, est en général facile à constater. Elle est quelquefois compliquée de hernie, et alors, dans les cas les plus ordinaires, les deux tumeurs, après s'être avancées l'une vers l'autre, se croisent, l'hydrocèle passe au devant de la hernie; mais quelquefois le contraire a lieu. M. Dupuytren a même vu le sac herniaire s'engager dans une déchirure de la tunique vaginale, et un étranglement produit par le contour de cette déchirure. Enfin, l'hydrocèle de la tunique vaginale est, chez quelques sujets, compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon. Tant que les deux tumeurs restent éloignées, il est facile de reconnaître leur existence simultanée: mais lorsqu'elles se rencontrent, elles se confondent, et le diagnostic en devient plus difficile: l'hydrocèle de la tunique vaginale passe au devant de celle du cordon.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic.* La marche de l'hydrocèle de la tunique vaginale est ordinairement fort lente; il lui faut souvent plusieurs années pour acquérir un volume qui devienne incommode au malade. Cependant, dans quelques cas rares, elle suit une marche plus rapide, et fait en quelques jours des progrès assez considérables. Cela se fait surtout remarquer lorsque la maladie est l'effet d'un froissement des bourses ou de quelque autre violence extérieure analogue; mais, les premiers jours passés, la marche reprend sa lenteur accoutumée. Ordinairement la tumeur continue de s'accroître, pour ainsi dire indéfiniment, et sa durée est par conséquent illimitée. Cependant Bertrandi et Sabatier ont vu plusieurs fois la membrane trop distendue, se déchirer, et laisser le liquide qu'elle renfermait produire en s'infiltrant dans le tissu cellulaire ambiant, une véritable hydrocèle par infiltration. Dans ce cas, le liquide se trouve promptement résorbé, et la maladie semble guérie jusqu'à ce que la déchirure de la poche étant cicatrisée, la collection s'y reproduise de nouveau. Quelle que soit la marche de l'hydrocèle, elle n'entraîne jamais de danger, et n'incommode que par son poids et par la gêne qu'elle apporte aux fonctions génératrices du pénis, dont elle attire les tégumens lorsqu'elle a acquis un volume considérable, et qu'elle finit même par englober dans sa masse.

*Caractères anatomiques.* Ces caractères sont généralement en rapport avec les variétés qu'on remarque dans les symptômes. Ainsi, dans les cas ordinaires, on trouve la membrane séreuse mince, pâle, transparente, formant une poche sans ouverture, de grandeur variable, remplie par un liquide citrin et diaphane qui enveloppe le testicule de toutes parts, excepté en arrière parce que les attaches de cet organe le retiennent fixé à la partie postérieure, interne et presque supérieure de la cavité séreuse. Mais lorsque, par l'effet d'une cause quelconque, la tumeur a subi une altération dans sa forme conoïde, cet organe se trouve presque toujours rapproché de la partie antérieure de la poche: circonstance qu'il est très-important de se rappeler lorsqu'on doit procéder à l'opération, si l'on veut éviter de le blesser. Si la tumeur était pendant la vie rénitente et douloureuse, la membrane, fortement tendue, résiste uniformément à l'effort du liquide, et le testicule est comprimé par lui. Si elle était transparente et bosselée, on trouve que la membrane a cédé en divers points. Si, après avoir présenté des signes récens d'inflammation, elle est restée opaque, la membrane séreuse est rouge, épaissie, et remplie par un liquide opaque, floconneux, blanchâtre ou rougeâtre. Lorsque, long-temps après avoir présenté des signes d'inflammation intérieure, ou seulement lorsqu'existant depuis très-long-temps, la tumeur, est devenue bosselée, molle plutôt que fluctuante, et tout-à-fait opaque ou inégalement transparente, l'intérieur de la cavité principale est partagé en plusieurs cavités secondaires qui communiquent plus ou moins librement entre elles par des cloisons couenneuses, celluleuses ou fibreuses, dont la circonférence correspond aux points les plus déprimés et les plus opaques de l'extérieur, et qui, s'opposant au mouvement des colonnes du liquide, affaiblissent ou masquent complètement la fluctuation. Lorsque la tumeur est très-ancienne, qu'elle est restée d'un petit volume, qu'elle est très-dure, inégale, complètement opaque, pesante, douloureuse, et surtout lorsque ces changemens dans les caractères naturels ont été précédés par des inflammations intérieures et répétées, la membrane est transformée en une coque cartilagineuse, dont l'épaisseur varie depuis une demi-ligne jusqu'à un demi-pouce et plus, et dont la cavité, simple ou multiple, est remplie par un liquide diversement coloré, etc. On sent, au reste, que les caractères extérieurs ne sont pas toujours tellement tranchés, qu'il soit constamment possible de déterminer *à priori* quel est précisément le genre d'altération qu'on trouvera, soit dans la membrane, soit dans le liquide qu'elle contient; et nous avons dû nous abstenir d'indiquer une foule de nuances intermédiaires ou mixtes qui rendent quelquefois le diagnostic très-difficile ou même impossible.

*Traitement.* C'est surtout par rapport au traitement qu'il est important de distinguer les unes des autres, non-seulement les collections aqueuses des bourses et les maladies qui ont avec elles quelque analogie, mais encore les diverses espèces d'hydrocèles dont nous avons parlé. Ainsi, tandis que l'hydrocèle par infiltration idiopathique ne demande que des soins de propreté, quelques

applications astringentes, et tout au plus quelques scarifications; que l'hydrocèle par infiltration *symptomatique*, n'exige d'autres soins que ceux qu'on donne à l'œdème symptomatique, dans quelque lieu qu'il soit placé; que l'hydrocèle enkystée du cordon ne réclame que l'évacuation du liquide au moyen d'un coup de trois-quarts, renouvelée autant de fois que la maladie se reproduit, lorsqu'on ne veut obtenir qu'une cure palliative; ou que l'incision du kyste, suivie de pansemens à fond, faits avec de la charpie seule ou imprégnée de substances qui ont pour effet d'enflammer l'intérieur de la poche et d'en faire disparaître pour toujours la cavité, lorsqu'on veut obtenir une cure radicale; le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale se compose, comme on va le voir, d'un grand nombre de méthodes différentes.

Cette maladie peut être traitée d'une manière palliative et d'une manière radicale.

La *cure palliative* consiste à évacuer le liquide contenu dans la tumeur aussi souvent que celle-ci devient incommode par son poids et par son volume. Elle convient principalement chez les sujets pusillanimes, chez ceux qui sont très-faibles ou très-irritables, et chez les vieillards, surtout quand la maladie offre un grand développement. C'est à l'aide de la ponction qu'on donne issue au liquide épanché.

Pour faire cette opération, on prépare un trois-quarts de petites dimensions, bien graissé, un vase destiné à recevoir le liquide, quelques compresses et un suspensoire, dont la grandeur doit être proportionnée au volume que reprendront les bourses après l'évacuation du liquide. Le scrotum doit être rasé.

Le malade est debout, assis ou couché; dans les deux premiers cas, il a les cuisses écartées, et le chirurgien est assis devant lui: dans le dernier cas, il est étendu sur le dos, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les genoux tournés en dehors, les jambes fléchies sur les cuisses, et le chirurgien est placé debout vers le bord droit du lit. Celui-ci commence, s'il ne l'a déjà fait, par s'assurer de la position du testicule. Le toucher est en pareil cas de peu de secours, à cause de la rénitence des parties; cependant, il arrive quelquefois qu'en palpant avec soin, on découvre vers un des points où l'on sait que le testicule doit correspondre, une résistance qui ne peut être produite que par la présence de cet organe, lequel ne cède point à la pression comme le fait un liquide. Mais le meilleur moyen consiste à examiner la transparence de la tumeur. Pour cela il suffit de saisir les bourses avec la main gauche, de manière à embrasser la tumeur en arrière, en tirant les tégumens dans le même sens, et à refouler le liquide en devant, d'appliquer le bord cubital de la main droite, demi-fléchie et tournée en pronation, près du bord antérieur de l'hydrocèle, et de regarder au dessous de l'espèce de voûte obscure que forme cette main, pendant qu'un aide approche le plus possible une bougie allumée du côté opposé à celui vers lequel l'œil de l'opérateur est dirigé. Lorsque la maladie est simple, on peut alors reconnaître, non-seulement le lieu qu'occupe l'organe sécréteur du sperme, à l'ombre large et étendue qu'il projette, mais encore la distribution des principaux vaisseaux qui se ramifient dans l'épaisseur du scrotum, et qu'il est prudent d'éviter. C'est ordinairement vers la partie inférieure et antérieure de la tumeur que correspond le lieu le plus éloigné du testicule et des vaisseaux, et c'est là qu'il convient de faire la ponction.

Lors donc qu'il a terminé son exploration, le chirurgien, sans déplacer sa main gauche, saisit de la droite le trois-quarts, et après avoir allongé sur la canule de cet instrument le doigt indicateur jusqu'au point où il veut borner son introduction, il présente la pointe au lieu qui vient d'être indiqué, et l'y fait pénétrer d'un seul coup en lui faisant suivre une direction moyenne entre le testicule et la paroi antérieure de la tunique vaginale. Le défaut de résistance lui indique que la pointe de l'instrument plonge dans le liquide. Il saisit alors la canule entre le doigt indicateur et le pouce de la main gauche, et retire le poinçon. La sérosité qui s'élance au dehors est reçue dans le vase; pendant ce temps, l'opérateur doit être très-attentif à suivre avec la canule le mouvement de retrait du scrotum, car sans cela il pourrait arriver que, la tunique vaginale abandonnant l'extrémité de l'instrument, celle-ci ne plongeât plus que dans le tissu cellulaire et qu'elle cessât par conséquent de donner issue à la sérosité. Des pressions légères facilitent l'évacuation de la totalité du liquide, et l'on retire la canule quand cette évacuation est complète. Il ne reste plus alors qu'à recouvrir les bourses avec des compresses sèches ou imbibées de quelque liqueur résolutive, et à placer le suspensoire. Souvent les malades reprennent immédiatement leurs occupations.

Si, le liquide étant en très-petite quantité, ou par toute autre raison, on craignait de heurter le testicule avec le trois-quarts, il faudrait pratiquer la ponction avec la pointe d'une lancette, instrument dont on peut beaucoup mieux modérer l'impulsion et placer ensuite une canule, ou tout simplement favoriser la sortie du liquide par des pressions exercées convenablement. Bell voulait que, dans ces cas, on incisât seulement les tégumens avec la lancette, et qu'on se servît ensuite du trois-quarts.

Pour obtenir la *cure radicale* de l'hydrocèle, il faut non-seulement évacuer le liquide épanché, mais encore effacer la cavité qui le contient et dont les parois le produisent, soit en détruisant la tunique vaginale, soit en déterminant l'adhérence de ses parois; il y a pour cela plusieurs méthodes.

*L'incision de la tunique vaginale* est une des méthodes le plus anciennement recommandées, puisqu'on la trouve décrite dans Celse, dans Paul d'Égine et dans M. A. Severin. Pour la pratiquer, on saisit en arrière la tumeur avec la main gauche en tirant les tégumens dans le même sens; on pratique, à l'aide d'un bistouri droit, à la partie supérieure de la poche, une incision suffisante pour permettre à deux doigts de la main gauche de s'y engager, et, tandis que ces doigts soutiennent la tunique du testicule, on achève l'incision de haut en bas à l'aide d'un bistouri droit boutonné, qu'on

fait agir en soulevant les parties sur son tranchant. L'incision terminée, on engage de la charpie mollette, ou un morceau de linge fin, dans la tunique vaginale, de chaque côté du testicule; on recouvre la plaie avec un plumasseau; on place quelques compresses, et l'on soutient le tout par un suspensoire. On place le malade dans son lit, et on le met au régime des maladies inflammatoires. On surveille attentivement l'inflammation, qui doit être combattue par les moyens appropriés lorsqu'elle se manifeste avec trop de violence. Ce n'est qu'après le huitième ou dixième jour que la suppuration est suffisamment établie dans le fond de la cavité séreuse pour permettre d'enlever la charpie qu'on y a placée. Alors on panse à plat jusqu'à la guérison, qui a lieu ordinairement au bout de quatre ou cinq semaines. On a reproché à cette méthode d'exposer à une inflammation assez vive pour déterminer la fonte du testicule, ou la dénudation de cet organe par suite de la gangrène du scrotum. On préviendra souvent l'un et l'autre de ces accidens en évitant de tamponner avec force la cavité de la tunique vaginale lors du premier pansement, en insistant sur les antiphlogistiques locaux et généraux, et en s'abstenant de faire un usage intempestif des cathérétiques pendant les pansemens consécutifs. Cependant, il paraît que ces précautions ne réussissent pas toujours à mettre la vie du malade à l'abri : nous devons dire, pour l'avoir vu, qu'elles ne sont pas toujours suffisantes pour éviter la gangrène du scrotum.

*L'excision de la tunique vaginale*, non moins ancienne que l'incision, a été décrite par Celse, et depuis par Albucasis et par Fallope; elle a été mise en usage par Saviard, conseillée par Médalon pour les cas où la tunique est épaisse et dure, et adoptée par Douglas pour tout ceux où il était indiqué de faire usage de l'instrument tranchant. Le meilleur procédé à suivre pour l'exécuter est le suivant: le malade étant couché sur un lit et dans la position indiquée pour l'opération par incision, on saisit la tumeur de la main gauche, de manière à la faire saillir en avant sous les tégumens tendus; si la peau est saine, on fait une seule incision qui la divise, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; si elle est amincie ou adhérente, on circonscrit entre deux incisions semi-elliptiques toute la portion altérée. La poche remplie de sérosité, pressée par l'action de la main gauche, ne tarde pas à se présenter à l'ouverture, et à saillir presque tout entière au dehors. Quelques coups de bistouri suffisent pour l'isoler dans la totalité de sa circonférence; alors on l'ouvre, et saisissant avec une pince à dissection les deux lambeaux latéraux qu'elle forme, on les excise le plus près possible du testicule à l'aide de ciseaux courbes. On lie les vaisseaux, et on replace le testicule dans le scroctum. Le pansement se compose de plumasseaux appliqués à plat sur les lèvres de l'incision rapprochées, et par dessus lesquels on met quelques compresses qu'on soutient avec un suspensoire ou avec une bande. Au bout de quatre ou cinq jours, on renouvelle l'appareil, et le malade est ensuite traité comme il a été dit pour l'opération par incision. Cette opération est plus longue et plus douloureuse que la précédente : mais il paraît qu'elle entraîne moins d'accidens consécutifs.

*L'ouverture des enveloppes du testicule par le moyen du caustique*, est une méthode plus moderne que les deux qui viennent d'être décrites. On a d'abord étendu une traînée de pierre à cautère depuis la partie supérieure jusqu'au bas de la tumeur, afin de l'ouvrir dans toute son étendue. Guy de Chauliac, le premier, a prouvé qu'il suffisait de perforer les tuniques en un seul point, et son procédé a été adopté et vivement préconisé par Else, chirurgien anglais. Il consiste à appliquer avec les précautions convenables un morceau de potasse caustique, capable de faire une escharre de la largeur de quatre à cinq lignes, sur la partie inférieure et antérieure de la tumeur. On choisit ce lieu, parce qu'il est, plus qu'aucun autre, propre à donner un libre écoulement au liquide. Chez les enfans, où les tégumens sont très-minces, et où il serait très-difficile de fixer convenablement l'appareil, on doit se borner à frotter tous les jours avec un morceau de nitrate d'argent humecté la partie antérieure et inférieure de la tumeur, jusqu'à ce qu'il y ait une escharre bien formée. Quelquefois immédiatement après l'application, souvent au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, le malade éprouve de la douleur dans les bourses, qui deviennent dures et tendues, ainsi que dans le ventre et les lombes; le pouls devient fort et fréquent, et la langue se couvre d'un enduit blanchâtre. Dans quelques cas, il survient des nausées et des vomissemens. Ces accidens cessent communément d'eux-mêmes au bout de deux ou trois jours; il est rare qu'on ait besoin d'employer les saignées locales ou générales pour les combattre. L'escharre des tégumens se détache souvent avant celle de la tunique vaginale, qui, soulevée par le liquide, fait saillie à travers l'ouverture de la peau. On peut alors, pour procurer du soulagement au malade, donner issue au liquide toujours plus ou moins trouble qu'elle contient, en la piquant avec une lancette. Qu'elle se soit ou non ouverte spontanément, elle ne tarde pas à se détacher par lambeaux, qui se présentent chaque jour à l'ouverture de la peau, et dont le nombre et l'étendue prouvent que l'action du caustique, au lieu de s'être bornée, comme à l'extérieur, aux points avec lesquels il a été mis en contact, s'est étendue à la plus grande partie sinon à la totalité de la tunique vaginale. Il faut cinq ou six semaines pour que toutes ces escharres soient complètement détachées. Le scrotum se resserre peu à peu, et il se forme une cicatrice moins grande que l'escharre des tégumens, et fort adhérente au testicule. Cette méthode est simple, facile à employer, et elle produit en général peu d'accidens, mais elle a l'inconvénient d'être infidèle.

*L'irritation de la tunique vaginale au moyen d'un corps étranger solide* a été aussi fortement préconisée; on l'a d'abord provoquée au moyen du séton. Guy de Chauliac paraît être le premier qui ait décrit ce moyen; Pott l'a depuis mis en honneur. Il se servait pour le placer, d'un stylet-aiguille à pointe mousse, dans le chas duquel il engageait une mèche composée de dix à douze brins

de coton, et d'un bistouri. La ponction et l'évacuation du liquide terminées, il engageait le stylet dans la canule du trois-quarts, et le poussait jusqu'à ce que son extrémité vînt soulever les tégumens de la partie supérieure et antérieure du scrotum, qu'il incisait sur elle, pour la faire sortir par cette ouverture et entraîner le séton à sa suite. Ayant ensuite cru reconnaître quelques difficultés dans l'exécution de ce procédé, il fit usage d'un trois-quarts plus gros, dont la canule, ayant trois ou quatre lignes de diamètre, pouvait livrer passage à une autre canule beaucoup plus longue, qui venait soulever les tégumens de la partie la plus élevée des bourses, et dans laquelle il engageait un stylet pourvu d'une pointe d'acier qui perçait de dedans en dehors les enveloppes du testicule, et entraînait le séton. Roë d'Edimbourg commençait par inciser la peau en haut et en bas, dans les points qui devaient de chaque côté livrer passage au séton. Cela fait, il reportait une lancette dans la plaie supérieure pour inciser la tunique vaginale, et tandis que le liquide s'écoulait, il poussait une longue canule creuse, de haut en bas dans la poche aqueuse, jusqu'à ce que son extrémité vînt soulever la tunique vaginale à travers l'incision inférieure; dans cette canule était contenu un stylet aigu et cannelé, qu'il en faisait sortir pour percer la membrane séreuse de dedans en dehors. La cannelure du stylet lui servait ensuite à agrandir, à l'aide du bistouri, la plaie inférieure, par laquelle on retirait ce stylet et le séton. De quelque manière qu'on ait placé celui-ci, on noue ensemble ses deux extrémités, d'une manière très-lâche, après avoir retiré la canule ou les canules qui ont servi à le conduire, et on place sur les plaies de petits plumasseaux de charpie, quelques compresses et un suspensoire. Après quelques heures, l'adhésion du séton aux parties est tellement forte qu'il serait impossible de le retirer sans occasioner de vives douleurs. Quatre jours après l'opération, le scrotum est tendu, gonflé, et douloureux. Pott prescrivait alors une ou deux saignées et des applications émollientes, ainsi qu'un doux minoratif. Au douzième ou quinzième jour, le dégorgement des parties commence à s'opérer, et le malade peut quitter le lit. Alors on retire le séton, autant que possible brin à brin, un par jour; et lorsqu'il est entièrement extrait, on panse les plaies avec de la charpie sèche ou enduite de cérat jusqu'à la guérison, qui ne se fait pas long-temps attendre, une adhérence générale unissant alors entre elles toutes les surfaces opposées de la tunique vaginale. Pott a plusieurs fois employé cette méthode avec succès; mais l'expérience a prouvé à d'autres qu'elle n'est pas toujours sûre. Sabatier a vu une fois le séton tellement adhérent encore après le vingt-cinquième jour, qu'il fut obligé de l'extraire de force. Chez ce malade, il n'avait produit d'adhérence que dans son trajet; chez deux autres, le même auteur a vu le séton produire une suppuration très-abondante dans son trajet, et des abcès dans l'épaisseur des bourses. Cette circonstance semblerait devoir faire accorder la préférence au procédé de Roë : les incisions par lesquelles passe le séton étant plus propres que de simples ponctions à favoriser l'écoulement des liquides.

On a proposé d'employer, dans le même but que le séton, une *tente* de charpie, qu'on introduisait, à travers une incision, jusque dans la tunique vaginale, et qu'on renouvelait tant que la guérison n'était pas achevée. Ce moyen, décrit pour la première fois par Franco, est infidèle et douloureux. C'est encore dans le même but que Fabrizio, Henri Moïnichen, Monro, etc., ont proposé de laisser séjourner pendant quelque temps la canule du trois-quarts dans la tunique vaginale après la ponction, et que M. Larrey substitue à cette canule une sonde de gomme élastique, dont l'impression est moins douloureuse, et qu'il laisse à demeure jusqu'à ce que l'inflammation adhésive soit établie. Tous ces procédés ont entre eux beaucoup d'analogie, et ils partagent tous l'inconvénient de ne produire qu'une irritation circonscrite, qui s'étend difficilement à toute la membrane, laquelle ne contracte alors d'adhérence que partiellement.

*L'irritation de la membrane séreuse à l'aide d'un corps étranger liquide* a été, pour la première fois, conseillée et mise en usage par Lambert, chirurgien à Marseille (1), et non par Monro, comme on l'a cru pendant long-temps. Ce chirurgien employait une dissolution de sublimé corrosif; après lui on se servit de l'alcool, et Monro y substitua le vin, l'alcool lui paraissant encore trop irritant. L'expérience a depuis prouvé que c'est moins en raison de la quantité d'alcool, qu'en raison de la proportion de matière colorante qu'il contient, que le vin jouit de la propriété d'irriter convenablement la tunique vaginale. Si plusieurs chirurgiens recommandables ont vu souvent la cure tentée par ce moyen échouer complètement, cela tient à la qualité du vin qu'ils ont employé. M. Dupuytren fait usage de gros vin de Roussillon, dans lequel on fait bouillir, par pinte, deux onces de roses de Provins; et il est très-rare qu'il ne réussisse pas du premier coup.

Pour exécuter cette opération, on fait d'abord la ponction, comme il a été dit en parlant de la cure palliative. Lorsque tout le liquide est évacué, le chirurgien commence par imprimer à la canule des mouvemens latéraux, pour s'assurer que son extrémité se meut librement dans la cavité de la tunique vaginale, et éviter de pousser l'injection dans le tissu cellulaire du scrotum. Alors un aide, après avoir chargé une seringue de la capacité d'un quart de litre environ, avec du vin préparé de la manière indiquée, à la température de trente-deux à quarante-quatre degrés, et après l'avoir purgée d'air, engage l'extrémité de la canule dans celle du trois-quarts à laquelle elle doit s'adapter exactement, et pousse l'injection uniformément et avec douceur, tandis que l'opérateur maintient les deux instrumens unis l'un à l'autre dans une position convenable. Lorsque la tunique vaginale est suffisamment remplie, l'aide retire la seringue, et l'opérateur place l'extrémité du doigt sur l'ouverture de la canule du trois-quarts pour empêcher le liquide de s'échapper. Ce vin séjourne deux ou trois minutes dans la tunique vaginale,

(1) *Commentaires ou OEuvres chirurgicales* d'Antoine Lambert, maître chirurgien à Marseille. 1 vol. in-4°, 3e édition. Marseille, 1677.

après quoi on le retire. On réitère l'injection deux fois avec les mêmes précautions, et lorsqu'on a extrait les dernières portions du vin qui a servi à faire la troisième et dernière, on retire la canule du trois-quarts. On recouvre les bourses avec des compresses imbibées de la même liqueur, et on les soutient à l'aide d'un suspensoire. Le malade reste au lit. Ordinairement chaque injection détermine des douleurs que les malades comparent à celles qui résulteraient de la compression du testicule entre deux doigts, et qui remontent jusque dans les reins, et sont accompagnées de sueurs, de nausées, et quelquefois de vomissemens et de défaillance. Beaucoup de praticiens regardent ces douleurs comme le garant le plus assuré de la réussite de l'opération, et, lorsque la première injection ne les a pas provoquées, ils ne manquent pas d'animer le vin qui sert à faire les autres, en y ajoutant une certaine quantité d'alcool, dans le dessein de les obtenir. C'est une erreur; les exemples de non réussite se présentent tout aussi bien chez les individus qui ont beaucoup souffert pendant l'opération que chez ceux qui n'ont éprouvé aucune douleur, et l'on voit tous les jours le succès couronner une opération qui a été à peine sentie par le malade.

Vingt-quatre heures après l'opération, quelquefois plus tôt, la bourse devient chaude, douloureuse, rouge, volumineuse, tendue; au troisième jour, le gonflement est assez considérable pour redonner à la partie le volume qu'elle avait avant l'opération. Les douleurs sont cependant peu vives, et il est rare que l'estomac et le cœur en ressentent aucune impression. Il suffit, pour ramener les parties à leur état naturel, de remplacer les fomentations vineuses par des cataplasmes émolliens et légèrement sédatifs, et de mettre le malade au régime des affections inflammatoires aiguës. Le gonflement dont il s'agit est dû en partie à l'engorgement du tissu cellulaire des bourses, et en partie à un épanchement de sérosité sanguinolente dans la cavité de la tunique vaginale; peu à peu cet épanchement est résorbé, la portion de membrane séreuse qui appartient au scrotum se confond avec celle qui recouvre le testicule, et la cavité de cette tunique disparaît. La guérison est complète en trois semaines ou un mois, et le malade pour toujours à l'abri de la récidive du mal.

Enfin, *l'irritation vive de la peau qui recouvre la tumeur* par l'application d'un vésicatoire, est un moyen qui a été employé dans quelques circonstances. M. Dupuytren l'a vu plusieurs fois réussir. Ce moyen n'agit qu'en déterminant, par contiguïté, une forte irritation de la membrane séreuse, d'où résulte l'absorption du liquide qu'elle contient, et l'oblitération de sa cavité par suite d'adhérence. Il est infidèle et ne convient que sur les sujets pusillanimes qui se refusent à subir aucune opération, et chez lesquels le scrotum est très-mince, la membrane séreuse non épaissie, et la tumeur peu volumineuse et très-transparente.

De toutes les méthodes que nous venons de faire connaître, un petit nombre seulement est maintenant en usage. Le séton, le caustique, et l'irritation de la tunique vaginale au moyen de la tente, de la canule, du trois-quarts, ou d'une sonde de gomme élastique, sont des moyens abandonnés ou peu employés, à cause de leur infidélité. Parmi les autres méthodes, l'injection est la seule qui soit employée comme méthode générale. La facilité et la simplicité de son exécution, l'avantage d'irriter également tous les points de la surface de la membrane, la faculté qu'elle laisse à l'opérateur de graduer l'irritation en prolongeant ou en abrégeant le séjour du liquide, et en lui donnant des qualités plus ou moins irritantes, le peu de douleur qu'elle produit, le peu d'inconvéniens qu'elle offre lorsqu'elle ne réussit pas, lui assurent une supériorité incontestable. Elle convient dans tous les cas d'hydrocèle simple, et elle réussit même souvent dans ceux où il existe un engorgement chronique de l'épidydime, non-seulement à guérir l'hydrocèle, mais encore l'engorgement, dont la fonte se trouve hâtée par le surcroît d'irritation qu'elle y détermine. Mais lorsque le kyste de l'hydrocèle est multilobulaire, lorsqu'il existe en même temps une hydrocèle du cordon et une hydrocèle de la tunique vaginale, c'est à l'incision qu'on doit recourir. Enfin, lorsqu'on a lieu de soupçonner que la tunique vaginale est très-épaisse et cartilagineuse, c'est l'excision qu'il faut pratiquer. Quant aux modifications que les diverses complications apportent au traitement, elles sont peu nombreuses. Quand il y a *hydro-sarcocèle*, c'est, comme nous l'avons dit, l'affection du testicule qui est la seule maladie à laquelle on doive faire attention. Quand il existe une hernie, il faut étudier avec soin les rapports des deux kystes, avant de se déterminer à pratiquer la ponction, afin d'éviter d'attaquer l'un pour l'autre. Enfin, lorsqu'il y a un varicocèle, il faut piquer entre les vaisseaux variqueux pour éviter de donner lieu à une hémorrhagie embarrassante, mais qui dans aucun cas ne pourrait devenir dangereuse.

## HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME GLANDULAIRE.

### Considérations générales.

La sécrétion de tous les organes glandulaires est susceptible de s'accroître au delà des bornes physiologiques dans une foule de circonstances diverses; mais la principale cause de cet accroissement est celle que nous avons déjà signalée, savoir: l'excitation de l'orifice du conduit excréteur de la glande. Cet accroissement de sécrétion peut aussi dépendre d'un état d'irritation idiopathique de l'organe, et de là un genre particulier d'hyperdiacrisies. Ce que nous avons dit sur l'hyperdiacrisie, en général, étant en grande partie applicable à celle du système glandulaire, nous passerons de suite à la description particulière de chacune des affections de ce genre dont il est le siége.

### De la sialorrhée.

On nomme *sialorrhée* ou *ptyalisme* la sécrétion trop abondante de la salive. Elle ne peut avoir lieu sans que les glandes salivaires soient irritées, et ne se montre que dans deux circonstances: par l'effet du mercure, et par l'action sympathique de l'utérus chargé du produit de la conception ou

xcité aux époques menstruelles. Ordinairement continue, elle est, dans ce dernier cas, périodique; Ciliano en a observé plusieurs exemples (1). Un traitement mercuriel, la grossesse et la menstruation, telles en sont donc les causes. Peut-être l'abus des sialagogues l'a-t-il produite quelquefois, mais nous n'en connaissons aucun exemple.

La salivation mercurielle n'est pas seulement produite par les glandes salivaires, elle est en partie formée par le mucus de la membrane muqueuse buccale et même pharyngienne, dont la sécrétion est également accrue. Lorsque cette salivation doit avoir lieu, les gencives commencent ordinairement par devenir douloureuses, et le malade se plaint que la salive est fétide. Bientôt ce liquide est sensiblement sécrété en plus grande quantité que dans l'état normal, la bouche s'échauffe, les gencives se gonflent, rougissent, deviennent brûlantes et plus douloureuses, la langue et la partie interne des joues s'enflamment, et un besoin continuel de cracher se fait sentir. Quelques jours après, le bord des gencives, le pourtour de la langue et l'intérieur des joues et des lèvres se couvrent d'excoriations, qui se convertissent en ulcères plus ou moins profonds, surtout si l'on continue l'emploi du mercure. Ces ulcérations causent des douleurs inouïes quand le malade parle, crache ou avale; une suppuration sanieuse s'en écoule. Quelquefois la langue se gonfle et franchit les arcades dentaires de plusieurs pouces. Si on ne met un terme à ce désordre, les ulcères s'agrandissent et creusent, la gangrène s'en empare, les os sont mis à nu et se carient, les dents déchaussées vacillent et tombent, et le malade peut être conduit à un marasme rapide et à la mort. On voit des salivations durer jusqu'à un mois. La quantité de salive ainsi rejetée peut s'élever à deux ou trois pintes par jour. Nous avons vu des malheureux, couchés sur le côté, la bouche entr'ouverte au dessus d'un vase, réduits à laisser couler sans relâche, pendant plusieurs jours de suite, une énorme quantité de salive infecte, ne pouvant prendre aucun aliment ni aucune boisson, en raison des vives douleurs qu'ils éprouvaient à le tenter, privés de sommeil et par ces douleurs et par la salive qui leur tombait dans la gorge, et les menaçait de suffocation aussitôt qu'ils voulaient s'y livrer.

La salivation provoquée par la grossesse n'offre jamais un si haut degré de gravité; elle est même presque toujours une affection légère. Cependant nous l'avons vue assez considérable chez quelques femmes enceintes, pour produire un grand amaigrissement et une extrême faiblesse. Cette salivation est limpide, et cependant elle a souvent de l'odeur. De grandes envies de vomir l'accompagnent ordinairement; presque toujours elle se dissipe spontanément aussitôt que le fœtus exerce ses premiers mouvemens: quelquefois cependant elle se prolonge pendant tout le temps de la grossesse.

*Traitement.* Pendant long-temps on a cru la salivation nécessaire à la guérison des maladies vénériennes, et dans cette croyance on cherchait à la provoquer; mais cette pratique est aujourd'hui généralement reconnue pour une erreur: on évite au contraire cet accident par toutes les précautions possibles. Pour cela, il faut administrer le mercure à de faibles doses en commençant, ne les augmenter que graduellement, et en suspendre l'emploi aussitôt que le malade se plaint de coliques ou de douleurs de gencives. Lorsque, malgré ces précautions, le ptyalisme a lieu, on doit commencer par suspendre le traitement mercuriel si on ne l'a déjà fait, changer le malade de linge et de lit, et lui faire prendre un bain. Après ces premiers soins, on prescrit des gargarismes émolliens, des boissons délayantes, des bains de pieds, et des lavemens purgatifs. Ces seuls moyens suffisent ordinairement pour faire cesser la salivation, mais s'ils restent sans effet et que la bouche s'enflamme, il faut placer immédiatement des sangsues à l'angle de chaque mâchoire. Cette émission sanguine ne manque jamais son effet. On peut la remplacer, dans beaucoup de cas, par les ventouses scarifiées ou les ventouses sèches, ou par un vésicatoire appliqué à la nuque, un cautère ou un séton. Quand les douleurs sont très-vives, on rend ordinairement les gargarismes calmans et opiacés. Les purgatifs exercent toujours une révulsion avantageuse sur les voies digestives lorsqu'elles sont saines. Si l'on n'a pas prévenu les ulcérations de la membrane muqueuse buccale et de la langue, on a recours avec avantage, lorsque les accidens inflammatoires sont calmés, aux gargarismes astringens, et à la cautérisation par des acides affaiblis ou par le nitrate d'argent. On a beaucoup vanté, contre le ptyalisme mercuriel, le soufre, le sulfure de chaux, l'acétate de plomb, etc.: ces médicamens ont produit des guérisons, mais leurs effets sont bien moins constans que la médication que nous avons exposée.

Le ptyalisme des femmes enceintes ne réclame aucun traitement, nous avons toujours échoué quand, cédant aux sollicitations de quelques femmes, nous avons essayé de le faire cesser. Les infusions de mélisse, de camomille, de menthe, les pastilles de menthe poivrée, etc., conseillées par les auteurs, le diminuent quelquefois pour quelques instans, mais il reparaît bientôt aussi abondant qu'auparavant. Peut-il en être autrement, lorsque la cause qui le produit, l'état de la grossesse, ne peut pas être écartée? Nous ne parlons pas du ptyalisme qui accompagne quelquefois la menstruation; nous ne l'avons jamais observé, et il n'est jamais assez considérable pour exiger des soins.

## De la polygalactie.

La sécrétion trop abondante du lait est rarement un état morbide; rarement elle est assez considérable pour porter atteinte à la santé de la femme. Il en est cependant quelques exemples, et l'on voit des nourrices dont les seins sont presque continuellement douloureux et distendus par le lait, chez lesquelles ce liquide coule sans cesse par le mamelon, qui ressentent de fréquentes douleurs de poitrine qu'elles expriment par le mot de *tiraillemens*, éprouvent souvent des faiblesses,

(1) *Act. nat. curios.*, vol. X, pag. 100.

et maigrissent souvent si on ne remédie à cet état. L'oisiveté et une nourriture trop succulente paraissent y disposer; mais ses causes principales consistent dans une trop vive irritabilité du mamelon, son excitation trop répétée par la succion, et une activité naturellement trop forte des glandes mammaires. On y remédie par l'exercice, un régime végétal, l'usage de l'eau pure, quelques topiques émolliens sur le mamelon, un allaitement moins fréquemment répété, et en établissant une révulsion sur la peau, la membrane muqueuse gastro-intestinale, ou les voies urinaires, par les sudorifiques, les purgatifs, ou les diurétiques. Ces médicamens ne doivent être employés qu'à des doses modérées, puisqu'il ne s'agit que de diminuer la sécrétion du lait, et non d'en tarir la source. Quant aux topiques astringens, conseillés par quelques médecins, nous les croyons dangereux.

### De la cholépoièse.

Les personnes brunes, sèches, à système veineux très-développé, sont assez communément prises au printemps d'une *diarrhée bilieuse*, qui consiste, comme son nom l'indique, en une excrétion très-abondante de bile, jaune ou verdâtre et porracée. C'est à cette affection que nous proposons d'appliquer le nom de *cholépoièse*, déjà employé par quelques auteurs pour exprimer l'accroissement de la sécrétion biliaire. On la trouve décrite ou plutôt indiquée sous les noms de *diarrhée bilieuse*.

Cette diarrhée dure rarement plus de trois à quatre jours; elle est presque toujours accompagnée d'un peu de soif, de sécheresse de la peau, d'une légère teinte jaune de la sclérotique et des ailes du nez, d'un enduit jaunâtre sur la langue, et d'amertume de la bouche. Elle est presque toujours salutaire et la plupart des individus qui en sont affectés tous les ans, éprouvent beaucoup de malaise et deviennent quelquefois tout-à-fait malades, lorsque cette évacuation habituelle n'a pas lieu comme à l'ordinaire. Un accès de colère la provoque quelquefois immédiatement chez les hommes d'un tempéramment très-bilieux; elle se développe souvent aussi sans cause appréciable.

La diarrhée bilieuse paraît dépendre uniquement d'un accroissement subit de la sécrétion du foie; celle qui suit immédiatement un accès de colère est certainement dans ce cas. Il se peut que celle qui naît sous l'influence des premières chaleurs résulte d'une irritation du duodénum, transmise sympathiquement au foie; mais elle doit dépendre souvent aussi de l'irritation idiopathique de cet organe produite par l'action directe sur lui de la chaleur.

En général, il y a peu de chose à faire contre cette légère affection : des bains, quelques lavemens, un peu de limonade, du petit lait, du bouillon de veau ou du bouillon d'herbes, et une diète plus ou moins sévère, suivant le nombre des selles, composent tout son traitement. Cependant, il arrive quelquefois qu'elle se prolonge au delà de sa durée ordinaire, et que les symptômes qui l'accompagnent prennent plus d'intensité. Il est probable que dans ces cas l'irritation du duodénum ou du foie s'est élevée au degré de l'inflammation commençante; il faut alors insister sur l'emploi des moyens précédemment indiqués, imposer une diète absolue, et faire appliquer quelques sangsues, soit à l'anus, soit sur l'hypocondre droit, traiter en un mot la *duodénite* ou l'*hépatite* par les moyens que nous avons indiqués en traçant l'histoire de ces phlegmasies.

### Du diabète (1)

On appelle *diabète*, *diabétès*, la sécrétion abondante de l'urine; et, suivant que ce liquide est ou n'est pas sucré, la maladie reçoit les noms de *diabète sucré*, ou de *diabète faux, insipide, non sucré.*

*Causes.* Le diabète attaque plus fréquemment les hommes que les femmes, et il est plus commun dans les pays humides et brumeux, tels que l'Angleterre et la Hollande, que dans les autres contrées. Les individus affaiblis par le chagrin, le travail excessif, l'intempérance, les excès vénériens, les hémorrhagies, toutes les maladies chroniques, et l'abus du mercure, paraissent, dit-on, plus disposées à le contracter que les sujets robustes et sains; mais n'en est-il pas de même de la plupart des irritations? On l'attribue généralement à l'usage excessif des boissons chaudes, aqueuses, acidules, fermentées, tels que le thé, le cidre et la bière; à l'abus des liqueurs alcooliques, des médicamens diurétiques; à l'action des cantharides; en un mot, à tout ce qui peut augmenter l'action des reins. Le froid humide, en diminuant la transpiration cutanée, force les reins à suppléer à cette sécrétion, et l'on conçoit que, si son action est presque continuelle, comme dans les contrées que nous avons citées, il concourt puissamment à la production de la maladie. On range encore, parmi ces causes, les contusions à la région lombaire, les secousses produites par une équitation pénible trop prolongée ou trop souvent répétée, la présence de calculs dans les reins, la suppression subite d'un exanthème, d'une phlegmasie articulaire, et d'une sueur abondante, causes qui toutes exercent directement ou indirectement une action irritante sur l'appareil sécréteur de l'urine; on l'a observé symptomatique de la grossesse. M. Dezeimeris, dans le mémoire intéressant que nous avons cité, a cherché à démontrer que le diabète était presque toujours le symptôme d'une gastrite chronique.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'invasion du diabète n'est pas ordinairement subite : voici son début et sa marche la plus fréquente. Le malade éprouve d'abord des rapports aigres nidoreux, de la pesanteur à l'épigastre, et quelques douleurs abdominales, vagues et passagères; bientôt la bouche devient sèche, la salive est écumeuse, la soif se fait sentir et l'appétit augmente; en même temps l'urine commence à être rendue en plus grande quantité que de coutume; elle est limpide, incolore, sans odeur, et légèrement sucrée; quelquefois trouble, blanchâtre

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, tom. IX; *Recherches sur la nature du diabète*, par M. Dezeimeris.

et d'une odeur fade ; la peau se sèche, et les matières fécales sont desséchées, presque sans odeur, et excrétées plus rarement, avec difficulté, et même avec douleur.

Cet état peut durer plusieurs mois, et même plusieurs années, sans influer sur la santé du malade ; mais le plus ordinairement il s'accroît graduellement ou prend tout à coup un haut degré d'intensité, et conduit rapidement à la mort. D'abord la soif, l'appétit et la sécrétion de l'urine augmentent : les deux premiers de ces symptômes sont toujours subordonnés à celui-ci ; plus les urines sont abondantes, et plus la soif est vive et l'appétit vorace. La saveur sucrée de ce liquide se prononce de plus en plus, à mesure qu'il est sécrété en plus grande abondance ; la soif devient inextinguible, la faim dévorante, la salive est épaisse, la bouche desséchée, le pharynx sec et brûlant fait éprouver un sentiment de strangulation incommode, les gencives deviennent molles et douloureuses, les dents vacillent et tombent, l'haleine est fétide, et la peau de plus en plus sèche et râpeuse, surtout à l'abdomen. Le cœur, jusqu'alors impassible, ou dont les contractions avaient même diminué d'étendue, de force et de fréquence, ne tarde pas à prendre part à l'excitation, et le pouls devient dur et fréquent, d'abord pendant la digestion seulement, et plus tard d'une manière presque continue ; les douleurs épigastriques et abdominales sont plus fréquentes ; enfin l'appétit se perd, tandis que la soif persiste toujours insatiable, l'urine coule involontairement et presque sans interruption, l'amaigrissement fait des progrès effrayans : si le malade porte des ulcères, ils se dessèchent, ses jambes s'infiltrent, il éprouve une douleur continue dans tout le trajet des voies urinaires, l'abattement ou le désespoir s'emparent de lui, il tombe dans l'assoupissement, et meurt dans un état de marasme extrême.

La quantité de l'urine excrétée peut s'élever jusqu'à deux cents livres dans les vingt-quatre heures ; elle est toujours supérieure à celle des liquides ingérés. Ce phénomène curieux, et en quelque sorte extraordinaire, n'est pas le seul digne de remarque que présente le diabète ; les changemens que l'urine éprouve dans sa composition chimique méritent aussi de fixer l'attention. Les réactifs les plus sensibles y indiquent à peine la présence des acides urique et phosphorique, des phosphates de soude, de chaux, et ammoniaco-magnésien, et du sulfate de potasse, qu'on y rencontre si abondans dans l'état sain. L'hydro-chlorate de soude s'y retrouve encore, mais elle contient en grande quantité une matière de saveur plus ou moins sucrée, laquelle, mise en dissolution dans l'eau, et en contact avec du ferment, entre en fermentation et donne pour produit de l'alcool et de l'acide carbonique. C'est donc un véritable sucre. Quelquefois cependant, mais rarement, cette matière n'est pas susceptible d'éprouver la fermentation spiritueuse : cela a lieu sans doute dans le diabète non sucré, beaucoup plus rare que l'autre.

La durée du diabète est en général assez longue, cependant on l'a vue n'être que de six semaines ; mais, le plus ordinairement, elle est de plusieurs mois, quelquefois de plusieurs années, dans quelques cas, de toute la vie. C'est par la mort que cette maladie se termine presque constamment ; les exemples de guérisons sont rares.

*Caractères anatomiques.* On ne possède qu'un très-petit nombre d'ouvertures de cadavres de diabétiques ; mais on a toujours trouvé des traces plus ou moins marquées d'irritation dans les reins. Ces organes ont été vus rouges, injectés, augmentés de volume, quelquefois contenant un liquide purulent, parfois d'un jaune pâle ou d'un gris ardoisé, mous, flasques et faciles à déchirer ; dans quelques cas, ulcérés et suppurés, et dans d'autres, contenant des calculs. Le désordre s'étend souvent à la vessie, qui est rétrécie et plus épaisse que dans l'état normal ; les uretères eux-mêmes y participent et sont dilatés. Enfin la membrane muqueuse gastro-intestinale présente presque constamment des traces d'inflammation. Nous avons vu que, pendant la vie, les symptômes de cette inflammation surviennent vers la fin de la maladie.

*Traitement.* Presque tous les médecins s'accordent aujourd'hui à prescrire contre le diabète une nourriture exclusivement animale, et l'usage d'un vin généreux. Les soupes grasses, les viandes faisandées, le bœuf et le mouton rôtis, les boudins, les graisses, le lard sont les alimens qu'ils conseillent. Ils y joignent l'emploi des amers, des toniques, des ferrugineux, du quinquina, de l'opium, du musc, du sulfure d'ammoniaque, de l'acide phosphorique, etc. Pour un petit nombre de succès obtenus par cette médication, on n'a pas craint de la proclamer aussi efficace que le quinquina contre les irritations intermittentes. Mais il suffit de faire remarquer que tous les auteurs déclarent que le diabète est presque constamment mortel, pour prouver qu'on a beaucoup exagéré les avantages de cette méthode thérapeutique. D'ailleurs Houllier et Duret l'ont traité par la diète végétale, les boissons délayantes et les saignées ; Wlaate dit avoir souvent employé la saignée avec avantage ; M. Pinel cite un cas de diabète parvenu au dernier degré, et guéri par le séjour à la campagne, l'exercice et une nourriture autant végétale qu'animale ; d'où il faut conclure que le traitement véritablement rationnel et efficace du diabète est encore à trouver. La théorie indique l'emploi des saignées locales sur la région des reins ; la révulsion par les sueurs, soit à l'aide des boissons sudorifiques, soit par le moyen des bains de vapeurs ; une petite quantité de boissons et un régime animal, composé presque exclusivement de viandes rôties et sèches, parce que ces alimens déterminent dans les voies digestives un appel considérable de fluides, et produisent ainsi une sorte de révulsion, tandis que les végétaux au contraire portent beaucoup de fluides avec eux, et tendent par conséquent à augmenter la sécrétion urinaire. Mais l'expérience sanctionnera-t-elle ces théories, ou viendra-t-elle les renverser ? Nous l'ignorons ; mais nous devons faire remarquer qu'elle est fondée sur la nature évidente, non contestable de la maladie, l'irritation des reins, tandis que toutes les autres ne reposent que sur des hypothèses. M. Ségalas a proposé dernièrement d'administrer de l'urée ; l'expérience n'en a pas été faite. M. Dezei-

meris conseille l'emploi de sangsues à l'épigastre et le régime antiphlogistique, et rapporte un fait qui est bien propre à recommander cette médication.

## HYPERDIACRISIES DU SYSTÈME PILEUX.

### Considérations générales.

Les poils se composent : 1° d'un bulbe, espèce de petit sac dans lequel chaque poil s'implante, situé dans l'épaisseur de la peau ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, rempli dans son fond par une papille conique que la tige du poil emboîte, enfin recevant des vaisseaux et des nerfs ; 2° du poil proprement dit, formé, suivant quelques anatomistes, par des filamens réunis, suivant d'autres, consistant en un véritable tube, et, dans les deux hypothèses, considéré comme presque inorganique et de même nature que l'épiderme et les ongles ; 3e d'une matière colorante, occupant l'intérieur du poil, et sécrétée en même temps que lui. On voit que la structure n'en est pas bien connue ; la vitalité y est des plus obscures, et les maladies en sont rares et peu connues dans leur nature.

Il n'y a donc dans ces organes de partie évidemment douée de vitalité que le bulbe. Aussi le petit nombre de maladies dont les poils sont susceptibles paraissent avoir leur origine dans celles de ce follicule. Lui seul est susceptible d'irritation, et c'est cet état morbide qui paraît exister dans la plique, ainsi que nous le verrons plus bas.

### De la plique.

On donne le nom de plique à une altération des cheveux, quelquefois des poils de la barbe et même de tout le système pileux, consistant dans leur entortillement, leur agglomération en touffes plus ou moins considérables, et leur agglutination par le moyen d'un liquide gras, onctueux ou visqueux, exhalant une odeur particulière, plus ou moins désagréable. Suivant plusieurs médecins, l'affection ne se borne pas au système pileux ; elle est le résultat d'un virus dont l'action peut se porter tour à tour sur tous les organes principaux, soit avant de produire l'état morbide des cheveux, soit pendant que cet état existe, et elle constitue une maladie des plus dangereuses. Telle est l'opinion de MM. Lafontaine, Alibert, Kuster, Joseph Franck, etc. D'autres écrivains, au contraire, parmi lesquels nous citerons MM. Boyer, Gasc, Larrey, Roussile-Chamseru, Wolff, et Pajot (1), regardent la plique comme une affection purement locale, produite par la malpropreté et l'usage de bonnets chauds et gras, et n'entraînant aucun danger. Ces opinions contradictoires nous paraissent, comme à M. Jourdan (2), également éloignées de la vérité, et nous pensons que la plique consiste dans une irritation des bulbes des cheveux, plus ou moins partagées par le derme, suivant l'ancienneté et l'intensité de la maladie ; toujours accompagnée de l'exhalation plus abondante du liquide huileux que sécrète naturellement la peau, quelquefois du gonflement des cheveux avec augmentation du liquide qui les remplit dans l'état normal, et tantôt de leur simple agglutination par mèches, tantôt de leur feutrage inextricable, enfin dans le plus grand nombre des cas de leur pousse rapide. Nous pensons en outre qu'il n'existe pas de virus *trichomatique*.

*Causes*. On ignore quelle influence exercent les climats sur la production de la plique, on sait seulement qu'elle est plus commune en Pologne que dans les autres contrées du nord, et il paraît qu'on l'observe principalement dans les endroits humides et marécageux. Sa cause la plus puissante paraît être dans la malpropreté. On pense qu'elle est le plus ordinairement produite par l'usage des bonnets gras, dont les paysans polonais se tiennent la tête continuellement couverte, et par le défaut absolu de tout soin de leur chevelure. L'habitude de se raser trop fréquemment la tête, et la suppression subite de la transpiration cutanée, sont aussi rangées au nombre de ses causes. Quelques auteurs la croient héréditaire, et se fondent sur ce qu'on l'a observée quelquefois sur des nouveau-nés ; mais d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons MM. Chamseru et Gasc, pensent que l'on a pris dans ces cas pour des pliques, une simple agglutination des cheveux, produite par l'eau de l'amnios et la matière sébacée qui recouvre le corps de plusieurs nouveau-nés. On a dit aussi qu'elle était contagieuse, et, pour expliquer cette contagion, on a supposé l'existence d'un *virus trichomatique* ; mais M. Gasc a vainement porté pendant long-temps au milieu de sa chevelure une mèche de cheveux pliqués, sans pouvoir s'inoculer cette maladie.

*Symptômes et marche*. Comme toutes les autres maladies, la plique est susceptible de plusieurs degrés. Dans le plus faible, les cheveux sont simplement entrelacés d'une manière inextricable, soit en masse, soit en mèches séparées ; ils ont acquis une longueur plus ou moins considérable, et les bulbes ne paraissent pas participer d'une manière sensible à l'état morbide. Plus la plique est intense, et plus ces bulbes et le derme chevelu sont vivement affectés. Dans le plus haut degré de la maladie, il existe, outre les phénomènes locaux, des symptômes généraux assez graves. Son invasion est même précédée, d'après les auteurs, par des accidens morbides très-variés. Mais il faut se défier beaucoup de tout ce qu'ont écrit sur la plique les médecins qui ont admis l'existence du virus trichomatique ; le rôle qu'ils ont fait jouer à cet agent supposé est immense ; il n'est aucune maladie qu'ils ne l'aient accusé de pouvoir produire par son transport sur les divers organes, et toutes celles que nous avons jusqu'à présent étudiées ont été rangées par eux parmi les accidens précurseurs de l'affection qui nous occupe. Les seuls signes avant-coureurs qui paraissent mériter quelque confiance sont : les vertiges, les tintemens d'oreilles, la sécrétion plus abondante du cérumen, des douleurs profondes dans les orbites, des ophthalmies, un larmoiement considérable, des douleurs dans

(1) *Essai sur la plique*, Thèse de la Faculté de Paris, année 1817, n° 42.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XLIII, article PLIQUE, par M. Jourdan.

la tête, des démangeaisons violentes et de forts picotemens dans le derme chevelu, de la tristesse, de l'oppression et des douleurs, de la pesanteur dans tous les membres avec gêne de leurs mouvemens. A ces premiers symptômes succèdent ordinairement des sueurs visqueuses et gluantes, une sensation de constriction spasmodique dans la partie supérieure de la tête, et une forte tension de cette même partie. Alors les premiers accidens diminuent, les cheveux commencent à devenir gras, et acquièrent une odeur particulière, dégoûtante. Enfin la plique se déclare, et tous les autres symptômes s'évanouissent. Le pica précède très-souvent aussi l'invasion de la plique; il est très-fréquent d'observer également que les malades éprouvent un sentiment de fraîcheur au sommet de la tête.

Les cheveux pliqués affectent, dans leur entrelacement et leur agglutination, des dispositions variées, qui ont fait admettre par les auteurs plusieurs espèces de plique. Ainsi M. Alibert en établit trois formes principales : la *plique multiforme* ou *tête de Méduse*, la *plique à queue* ou *solitaire*, et la *plique en masse*. On l'a partagée aussi en *plique mâle* et en *plique femelle*, suivant qu'elle est en masse ou en longues lanières ; quelques auteurs ont même créé une espèce sous le nom de *la fille*, dans laquelle les cheveux sont en partie disposés en masses et en partie en lanières. Enfin, on l'a encore distinguée en *vraie* et en *fausse*, la première affectant les bulbes, et la seconde les cheveux seulement. Toutes ces distinctions nous paraissent sans fondement, et la seule qu'il soit utile d'admettre doit avoir pour base le degré de la maladie.

Outre leur entre-croisement et leur agglutination, les cheveux éprouvent souvent d'autres altérations. Chez quelques sujets ils sont cassans ; chez d'autres, ils sont gonflés et remplis par le fluide qui les parcourt dans l'état normal; la sécrétion de ce fluide est accrue, et on le voit s'échapper à la section; enfin, chez tous, l'allongement des cheveux est toujours assez considérable. La matière qui les colle est visqueuse, grasse, huileuse ; elle a presque toujours une odeur fade et nauséabonde, quelquefois fade et aigre, dans quelques cas alliacée, dans d'autres elle est d'une puanteur excessive; enfin, parfois, mais très-rarement, elle a l'odeur de l'ambre.

La plupart des individus pliqués ont beaucoup de poux ; et lorsque la maladie a déjà quelque ancienneté, il est rare que le derme chevelu ne présente pas des ulcérations plus ou moins profondes. On ne peut alors toucher les cheveux sans causer de vives douleurs; cette exquise sensibilité des bulbes existe même quelquefois avant toute ulcération. Les ganglions lymphatiques du cou sont ordinairement engorgés, et la face est pâle et bouffie; de petites vésicules se développent souvent à la tête et sur le reste du corps ; elles s'ouvrent et donnent naissance à des ulcérations que quelques auteurs ont nommées *ulcères pliqueux* (1); enfin la teigne est une des complications fréquentes de la plique chez les enfans.

Les cheveux ne sont pas les seules parties du système pileux susceptibles d'être affectées de cette maladie. On l'a observée à la barbe, aux poils du pénis, des aisselles, et de toutes les parties du corps.

*Caractères anatomiques*. A la dissection des parties affectées de la plique, on a trouvé les bulbes considérablement augmentés de volume, laissant suinter une mucosité gluante, d'un jaune pâle, ou remplis d'un liquide noirâtre et fétide. Nous avons indiqué précédemment l'état des cheveux. Mais on ne possède qu'un très-petit nombre de recherches anatomiques sur cette maladie.

*Traitement*. Lorsque la plique est légère, qu'elle ne consiste que dans un simple feutrage des cheveux, sans maladie du bulbe et sans suintement actuel, et qu'elle est à une certaine distance du derme chevelu et séparée de lui par des cheveux sains, il faut, sans hésiter, en débarrasser les malades par la section. Mais lorsqu'elle est intense, accompagnée d'ulcérations, de suintement considérable, de gonflement des bulbes et des poils eux-mêmes, il y aurait de l'imprudence à la faire cesser aussi rapidement; la cessation trop prompte d'une irritation aussi considérable pourrait être suivie de l'inflammation funeste d'un organe important, du cerveau par exemple. Alors, les auteurs conseillent d'administrer à l'intérieur des boissons sudorifiques, les préparations antimoniales, l'extrait d'aconit, et une foule d'autres médicamens, dont l'utilité est plus que douteuse. Les bains de vapeurs paraissent très-avantageux, et l'on en seconde ordinairement les effets par les vésicatoires, les frictions avec la teinture de cantharides, les sinapismes chauds, et les moxas sur la tête. On a surtout recours à ces violentes stimulations du derme chevelu, dans les cas où l'invasion de la plique est précédée d'accidens graves, et qu'elle se développe difficilement; on y a recours également lorsque des symptômes alarmans succèdent à sa section. Lorsqu'ensuite on se décide à couper les poils pliqués, il faut attendre que leur accroissement ait à peu près cessé de faire des progrès, et que le suintement huileux qui les agglutine ait considérablement diminué; alors on opère la section de la plique en plusieurs jours, et il est toujours prudent de la faire précéder de l'application de quelques exutoires à la peau. Les soins de propreté sont ensuite les meilleurs moyens de s'opposer à la reproduction du mal.

(1) Pajot, *Thèse citée*, pag. 17.

# ORDRE SIXIÈME.

## IRRITATIONS NUTRITIVES OU HYPERTROPHIES.

### De l'hypertrophie en général.

De toutes les formes de l'irritation, l'hypertrophie est la plus rare. On ne l'observe pas dans tous les tissus, et, dans ceux où elle se présente, elle existe long-temps avant de constituer un état morbide; ce n'est qu'à la longue, et lorsque l'organe qui en est le siége, ayant acquis avec une nutrition excessive un surcroît d'énergie, trouble la fonction qu'il est destiné à remplir, ou bien lorsque son poids et sa masse étant accrus, il gêne l'exercice des fonctions des organes voisins, ce n'est qu'alors, disons-nous que l'hypertrophie devient une maladie. Au reste, nous avons vu qu'il en est de même pour toutes les autres formes de l'irritation, le passage de la simple excitation physiologique à l'irritation morbide étant insensible.

Les causes de l'irritation nutritive sont peu nombreuses, légères, et très-souvent obscures; l'exercice exagéré de l'organe, l'action trop forte de son excitant naturel, et de faibles excitations produites par d'autres agens, sont à peu près les seules que l'on connaisse. Il faut, en général, qu'elles agissent faiblement, mais d'une manière continue, et pendant un assez long espace de temps, pour produire cet état morbide. Les symptômes de l'hypertrophie ne sont pas moins faibles ni moins obscurs que ses causes : accroissement du volume de l'organe affecté, sur-activité de sa fonction, lorsque toutefois l'exercice en peut être apprécié dans l'état normal, puis trouble, irrégularité, et enfin désordre dans l'accomplissement de cette fonction, tels sont ceux par lesquels elle se manifeste en général. La marche, les terminaisons, le pronostic, les caractères anatomiques, et le traitement de cet état morbide offrent trop de différences dans les divers tissus qu'il affecte pour pouvoir être exposés d'une manière générale.

### HYPERTROPHIES DU SYSTÈME CELLULAIRE.

#### Considérations générales.

Le tissu cellulaire devient quelquefois le siége de l'irritation nutritive, c'est-à-dire qu'il acquiert un développement excessif dans une ou plusieurs parties du corps ou dans toutes à la fois. Lorsque cette nutrition anormale est générale, elle gêne les mouvemens, mais on ne la considère pas en général comme une maladie, c'est tout simplement de l'*obésité*, ou la *polysarcie*. Mais lorsqu'elle forme des tumeurs circonscrites dont le volume cause de la difformité ou devient incommode, elle constitue une maladie particulière, connue sous le nom de *loupe*, *lipôme* et *stéatôme*.

#### Du lipôme.

Le lipôme est une tumeur formée par le développement excessif du tissu adipeux de quelque partie; on le rencontre dans tous les points où il existe du tissu cellulaire graisseux. Souvent il est unique, mais on voit quelques individus qui en portent trois ou quatre; nous en avons vu un qui était couvert de petits lipômes de la tête aux pieds; M. Marjolin a vu, à l'hospice de la Salpêtrière, une femme qui portait plus de cent lipômes pédiculés sur le visage, le cou, le tronc, les bras et les cuisses (1). On peut considérer ces faits comme des exemples de diathèse hypertrophique.

*Causes, symptômes*, etc. On connaît à peine les causes du lipôme; il a semblé, dans quelques cas, qu'il s'était développé sous l'influence de chocs, de froissemens, de pressions répétées, et même de contusions, mais le plus ordinairement les causes en restent inconnues.

C'est le plus souvent à la nuque, sous les régions latérales du cou, sur le dos, sous la peau des parois abdominales, sur les fesses et sur les cuisses, que l'on voit se développer le lipôme. Il se présente sous forme d'une tumeur, tantôt aplatie et à large base, tantôt pédiculée, indolore, d'une consistance molle, élastique et pâteuse, à peine adhérente aux parties voisines, sans changement de couleur à la peau, offrant des bosselures nombreuses moins apparentes à l'extérieur qu'appréciables au toucher, d'une pesanteur moindre que ne semble le faire croire son volume; enfin se développant toujours avec beaucoup de lenteur, et finissant, si l'on n'y porte obstacle, par acquérir une grosseur énorme sans gêner autrement les malades que par son poids ou par l'obstacle qu'elle apporte aux mouvemens de la partie sur laquelle elle est placée. Quelquefois cependant les lipômes épuisent les malades en attirant à eux une grande partie des matériaux de la nutrition.

Il arrive quelquefois que les lipômes, surtout lorsqu'ils sont exposés à des frottemens rudes et répétés, deviennent douloureux, s'enflamment et s'abcèdent. Dans d'autres cas, ils augmentent de densité, les vaisseaux qui les pénètrent acquièrent plus de développement, les cloisons qui les séparent en plusieurs loges deviennent plus épaisses et plus résistantes, de l'albumine et de la lymphe se déposent et se concrètent à leur intérieur, et, si on les examine alors par la dissection, on les trouve formés, en partie, de vésicules celluleuses remplies de graisse et seulement plus grandes que dans l'état normal, et en partie de loges remplies d'une substance concrète, d'un blanc mat, ayant l'apparence du suif, mais plus dense. Sous cette forme la maladie a reçu de plusieurs personnes le nom de *stéatôme*.

Quelques auteurs, Littre, M. Boyer, M. Gendrin (2), regardent le lipôme et le stéatôme comme

(1) *Dictionnaire de médecine* en 21 vol., tome XIII, page 298.

(2) *Mémoire sur les caractères anatomiques des loupes désignées sous les noms de lipôme et de stéatôme*, par A. N. Gendrin, *Journal général de Médecine*, mai 1828, pag. 210 et suiv.

deux maladies différentes ; d'autres, avec Louis et Delpech, ne les considèrent que comme deux états d'une même maladie, dont le lipôme serait le premier degré et le stéatôme un degré plus avancé. Des raisonnemens et des faits puissans sont invoqués en faveur de l'une et l'autre opinion. Ce qu'il y a de certain, c'est que le lipôme peut passer à une sorte de dégénération suiffeuse; mais nous pensons qu'on doit réserver le nom de stéatôme aux kystes remplis d'une matière analogue au suif. Quoi qu'il en soit, à la suite d'irritations répétées, on voit quelquefois ces tumeurs devenir douloureuses, lancinantes, squirrheuses, prendre les caractères du cancer, et finir par s'ulcérer. On conçoit que le pronostic doit varier suivant l'époque de la maladie ; tant qu'elle n'est qu'à l'état de lipôme, elle n'offre aucune gravité ; elle peut, au contraire, constituer une maladie grave, lorsqu'elle a passé à l'état suiffeux ; enfin elle peut devenir très-dangereuse quand elle a pris le caractère cancéreux.

*Traitement.* Le lipôme n'est pas susceptible de résolution ; des moyens chirurgicaux peuvent seuls en débarrasser les malades. Ces moyens sont la cautérisation, la ligature, l'amputation et l'extirpation. Le premier de ces moyens, peu employé aujourd'hui, consiste à introduire dans la tumeur des morceaux de potasse caustique ; il est douloureux, produit des inflammations vives, et une suppuration abondante ; il expose à faire passer la tumeur à l'état cancéreux ; tous ces inconvéniens l'ont fait presque généralement abandonner. La ligature n'est applicable qu'aux loupes pédiculées, et ne doit même être employée que chez les malades pusillanimes qui redoutent l'instrument tranchant. Elle cause toujours de très-vives douleurs jusqu'à ce que la peau soit coupée par le lien qui la serre ; on peut toutefois les diminuer, soit en trempant les ligatures dans une dissolution concentrée de potasse pure, soit en entourant la base de la tumeur d'une traînée de ce caustique maintenu avec une étroite bandelette de diachylum, en incisant dans toute sa profondeur l'escharre qui en résulte, et plaçant ensuite la ligature au fond de cette plaie circulaire. Mais l'amputation, beaucoup plus prompte, doit toujours être préférée, pour les loupes pédiculées, lorsque les malades veulent y consentir, et l'extirpation pour les tumeurs à large base. ( Voyez, pour les règles à suivre dans l'exécution de ces opérations, le chapitre des *Productions morbides*.)

### HYPERTROPHIES DU SYSTÈME NERVEUX.

#### Considérations générales.

Les exemples d'hypertrophie de ce système sont excessivement rares ; on n'en a point observé dans les cordons nerveux, dans la moelle épinière, ni dans le cervelet ; le cerveau seul paraît en avoir présenté quelques cas. On ne possède même que des données fort incomplètes sur l'irritation nutritive de cet organe ; nous allons les faire connaître en peu de mots.

#### De l'hypertrophie du cerveau.

Morgagni est le premier médecin qui ait parlé de cet état morbide ; il avait remarqué dans quelques cadavres que le cerveau semblait trop volumineux pour la boîte osseuse qui le contenait, et paraissait avoir été comprimé par elle. M. Jadelot a dit à Laënnec qu'il avait fait la même remarque sur les cerveaux d'enfans qu'il avait cru atteints d'hydrocéphale.

Laënnec rapporte qu'à l'ouverture des cadavres de plusieurs enfans, qu'il avait aussi regardés comme attaqués d'hydrocéphale interne, il n'a trouvé qu'une très-petite quantité d'eau dans les ventricules, « tandis que les circonvolutions du » cerveau, fortement aplaties, annonçaient que » ce viscère avait subi une compression qui ne » pouvait être attribuée qu'à un volume trop grand, » et par conséquent à une nutrition trop active de » la masse cérébrale (1). » Enfin, M. Scoutetten en a publié une observation très-intéressante dans les *Archives générales de médecine* (2). Mais aucun de ces auteurs n'a pu assigner de symptômes particuliers à cet état morbide ; c'est donc une maladie dont l'histoire est encore à faire.

### HYPERTROPHIES DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

#### Considérations générales.

Chez tous les hommes qui se livrent à de grands efforts chaque jour renouvelés, à des travaux actifs et rudes, à des exercices gymnastiques, etc., le système musculaire acquiert un développement souvent très-considérable. Ce développement porte quelquefois sur tous les muscles, et cela a particulièrement lieu chez les bateleurs et chez les individus qui s'exercent dans les gymnases, parce que les uns et les autres font agir à peu près également tous les muscles ; mais le plus communément, l'accroissement musculaire n'est que partiel, parce que la plupart des professions n'exercent qu'un certain nombre de muscles. C'est ainsi que, chez les portefaix, ce sont les seuls muscles de la partie postérieure du col et ceux de toute la région dorsale et lombaire qui augmentent et de force et de volume ; chez les boulangers, les muscles de l'épaule ; chez les serruriers, les menuisiers, etc., les muscles de l'avant-bras ; chez les danseurs, les muscles des membres abdominaux, etc. ; mais aucune de ces hypertrophies, soit partielle, soit générale, ne constitue un état morbide. Il n'est qu'un seul muscle dans lequel l'accroissement de volume et d'énergie ne tarde pas à troubler une fonction importante, et devienne par conséquent une maladie, et ce muscle, c'est le cœur. Tous les autres peuvent impunément pour l'individu augmenter de volume et de force, il n'en résulte qu'un accroissement d'énergie dans les mouvemens, les efforts, et les résistances, qui est sans inconvéniens ; mais un cœur qui devient trop volumineux et trop énergique, chasse le sang avec trop de force dans les artères, gêne par sa masse les organes qui l'avoisinent, fatigue et devient incommode par son poids, trouble la circulation, la

(1) *Journal de médecine* de MM. Boyer, Corvisart, Leroux, etc., tome 2, page 669.
(2) Tome VII, janvier 1825, pag. 44 et suiv.

respiration, etc., et de là résulte cette maladie, connue généralement de nos jours sous le nom d'*hypertrophie du cœur*.

Le développement qu'acquiert l'utérus pendant la grossesse, en ampleur et en épaisseur, est certainement un véritable état d'hypertrophie ; mais cette hypertrophie n'est pas morbide. Elle le devient cependant quelquefois, et plusieurs accidens de la grossesse ne peuvent être bien expliqués qu'en admettant que l'hypertrophie de l'utérus dépasse le degré physiologique ; la nature même des moyens qui calment le mieux ces accidens ( la saignée et les bains ) confirme cette théorie.

### De l'hypertrophie du cœur.

On nomme *hypertrophie du cœur* un accroissement de nutrition de cet organe, sans changement dans sa texture, borné le plus ordinairement à l'un des ventricules, affectant souvent cependant les deux ventricules à la fois, et quelquefois même les quatre cavités.

*Causes*. Les causes de l'hypertrophie du cœur sont nombreuses. Le tempérament sanguin et pléthorique, un caractère violent, et, chez les femmes, l'époque de la cessation des règles, paraissent y prédisposer. Les causes occasionelles principales et les plus fréquentes sont : les exercices violens, les grands efforts souvent répétés, les passions, et surtout celle qui augmente les contractions et les battemens de l'organe, et le rétrécissement de ces divers orifices. On conçoit aisément le mode d'action de ces causes ; toutes forcent le cœur à un surcroît d'action ou à des efforts plus considérables que dans l'état normal, qui en augmentent la force, la nutrition et le volume, de la même manière que tous les exercices souvent répétés accroissent l'énergie et la masse des muscles qui y sont soumis. C'est encore le même mode d'action qu'exercent l'usage des instrumens à vent, le chant, les cris, la toux, les pneumonites qui rendent une grande étendue de l'un ou des deux poumons imperméable à l'air, les épanchemens pleurétiques, le rétrécissement de l'aorte ou sa dilatation anévrysmale, ses ossifications, la déviation de la colonne vertébrale, la mauvaise conformation du thorax ; en un mot, tout ce qui peut apporter un obstacle à la circulation. Enfin l'abus du café, du vin et des liqueurs, peut déterminer l'hypertrophie du cœur en l'irritant directement.

*Symptômes*. En appliquant la main sur la région du cœur, on sent, lorsque cet organe est hypertrophié, des battemens plus forts que dans l'état normal, vifs, secs, étendus. La force des battemens est quelquefois telle que la poitrine en est ébranlée, et que les vêtemens ou les couvertures du malade sont soulevées ; l'ébranlement se propage même dans quelques cas, à la tête et au bras gauche, et toujours alors, quelque forte que soit la pression exercée par la main sur la région précordiale, elle est écartée par les mouvemens énergiques de l'organe. La percussion donne toujours un son obscur ou mat dans toute l'étendue de l'hypertrophie ; mais c'est l'auscultation qui fournit surtout les signes les plus précieux. Elle fait entendre un bruit plus sourd, plus profond, mais en même temps, plus prolongé que dans l'état naturel, et à peu près borné à la région du cœur, lorsque l'hypertrophie n'est pas accompagnée de dilatation. Ce bruit est encore plus obscur dans l'hypertrophie avec rétrécissement de la cavité, il contraste avec la force de l'impulsion ( Bertin et Bouillard). Au contraire, les contractions sont sonores, fortes, comparables à des coups de marteau, et se font entendre dans une grande étendue de la poitrine, lorsqu'il existe une dilatation avec l'hypertrophie. En général, les battemens du cœur sont réguliers, ils sont seulement un peu plus fréquens que dans l'état naturel ; ils n'offrent de l'intermittence et de l'irrégularité que lorsque l'hypertrophie est accompagnée d'un rétrécissement des orifices ou d'une dilatation de l'aorte. De temps à autre lorsque le malade éprouve une émotion vive, ou lorsqu'il fait un exercice un peu fort, ces battemens deviennent plus fréquens et plus énergiques que dans l'état ordinaire, en d'autres termes, il survient des *palpitations*.

Lorsque l'hypertrophie occupe le ventricule gauche, les battemens se font particulièrement sentir vers les cartilages des cinquième et sixième côtes ; ils sont là plus intenses que dans le reste du côté gauche, où ils sont cependant encore plus marqués qu'à droite. On observe en outre que les individus qui en sont atteints sont fortement colorés, ont les yeux brillans, le pouls régulier, plein, fort, dur et vibrant, et qu'ils éprouvent des hémorrhagies nasales fréquentes, ainsi que des étourdissemens, des pesanteurs et de la douleur de tête, de la somnolence et de l'inaptitude au mouvement. Quand, au contraire, l'hypertrophie a son siége dans le ventricule droit, les contractions du cœur sont plus marquées à la partie inférieure du sternum, et ordinairement plus dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche. Le malade est aussi sujet aux hémorrhagies, mais c'est principalement aux hémoptysies ; enfin lorsque ce ventricule est dilaté en même temps qu'hypertrophié ses contractions font refluer du sang dans les grosses veines par l'orifice auriculo-ventriculaire incomplètement fermé, et il en résulte cette fluctuation des veines jugulaires à laquelle on a donné le nom de *pouls jugulaire* ou *veineux*.

En général, tant que l'hypertrophie est peu avancée, elle trouble peu la respiration et les fonctions cérébrales ; mais, lorsqu'elle est considérable elle produit des congestions pulmonaires ou encéphaliques, suivant le ventricule qu'elle occupe, d'où résultent les hémoptysies, la disposition à l'apoplexie, et souvent une apoplexie foudroyante.

*Marche, durée, terminaisons et pronostic*. La marche de l'hypertrophie est toujours lente, sa durée indéfinie, et sa guérison rare. Toutefois, cette affection compromet rarement la vie des malades, et le danger vient presque toujours du rétrécissement des orifices du cœur, qui en est, ainsi que nous l'avons dit, la cause la plus ordinaire.

*Caractères anatomiques*. A l'ouverture des cadavres, on trouve le cœur plus volumineux que dans l'état naturel, mais sa substance musculaire n'est pas altérée ; elle conserve sa texture, sa coloration et sa consistance normales. Les parois hypertro-

phiées ont acquis une épaisseur double, triple, ou même quadruple de l'état naturel, et tantôt les cavités qu'elles forment n'ont pas augmenté de grandeur, c'est l'hypertrophie *simple* de MM. Bertin et Bouillaud; tantôt elles sont dilatées en même temps que leurs parois sont épaissies, c'est l'hypertrophie *excentrique* ou *anévrysmale* des mêmes auteurs; enfin, quelquefois elles sont rétrécies, de sorte que l'épaississement des parois semble s'être fait en dedans, et les médecins cités la nomment hypertrophie *concentrique* (1). L'épaississement n'est pas toujours uniforme, quelquefois même une portion amincie se trouve à côté d'une portion hypertrophiée; en général il est plus considérable à la base et au milieu des ventricules qu'à la pointe. Chez quelques sujets, ce sont surtout les colonnes charnues du cœur dont le volume s'est accru, tandis que les parois ont conservé leur épaisseur normale; chez d'autres, c'est le contraire. C'est sur le ventricule gauche que l'on observe le plus fréquemment l'hypertrophie; les oreillettes en sont aussi quelquefois affectées.

*Traitement.* Les indications du traitement de l'hypertrophie sont des plus simples. Il faut d'abord écarter tous les stimulans, tant physiques que moraux, et prescrire le plus grand repos. Ensuite on doit soumettre le malade au traitement dit de *Valsalva*, qui consiste à pratiquer une ou plusieurs saignées au début, suivant l'intensité et l'ancienneté de l'hypertrophie, à diminuer graduellement les alimens et les boissons du malade jusqu'à ce qu'on soit arrivé à ne lui donner que quelques onces d'alimens et une petite quantité d'eau pure par jour; puis, après l'avoir réduit par ce traitement à un tel degré de faiblesse qu'il ne puisse plus tirer la main hors du lit, à le ramener par degrés à des doses plus fortes d'alimens. On emploie en même temps avec avantage la teinture et mieux la poudre de digitale, l'acétate de plomb, l'acide hydro-cyanique, et quelques gouttes d'acide citrique, malique et sulfurique, etc., dans l'eau qui fait la boisson du malade. Les saignées générales sont ordinairement employées de préférence aux applications de sangsues; cependant les évacuations sanguines locales pratiquées à la région précordiale sont loin d'être sans efficacité; on devrait peut-être y recourir plus qu'on ne le fait généralement, surtout lorsque la faiblesse du malade est très-considérable.

## HYPERTROPHIES DU SYSTÈME OSSEUX.

### Considérations générales.

Les os sont assez fréquemment atteints d'irritation nutritive, et ce mode d'irritation s'y montre sous trois formes distinctes. Dans l'une, qui est presque exclusive à l'enfance, les os sont gonflés, surtout à leurs extrémités articulaires, la quantité de la matière animale y est beaucoup plus considérable que dans l'état normal, ils reçoivent aussi plus de sang, ils perdent leur solidité et se courbent en divers sens; c'est le *rachitis*. Dans la seconde, plus particulière aux adultes, la substance inorganique semble prédominer sur la matière animale et les os se brisent avec la plus grande facilité; c'est la *friabilité*. Dans la troisième enfin, la matière animale et la substance inorganique sont à peu près également augmentées de quantité, et les os affectés acquièrent une épaisseur considérable, sans perdre les caractères fondamentaux de leur disposition organique.

On pourrait aisément contester, que la friabilité des os soit le résultat de ce mode d'irritation nutritive, dans lequel nous disons que la substance inorganique est accrue et prédomine sur la matière animale. Nous croyons même que la friabilité n'est pas une maladie et qu'elle n'est qu'un symptôme: cet état des os dépend bien plus probablement de la diminution de la matière animale que de l'accroissement de la matière inorganique, et nous sommes confirmés dans cette opinion par cette considération que la friabilité des os accompagne presque toujours et peut-être toujours les maladies qui portent une atteinte profonde à la nutrition, telles que la syphilis ancienne, le cancer ulcéré, le scorbut, etc.

### Du rachitis.

Le *rachitis*, rachitisme ou ramollissement des os, est-il bien une irritation nutritive qui porte spécialement sur la trame organique des os; ou bien est-il de nature inflammatoire, comme le prétendent quelques physiologistes modernes? Dans l'état actuel de la science, il est difficile de résoudre cette question, qui demande encore des recherches et des expériences nombreuses pour être décidée; cependant la première opinion nous paraît la plus probable. Cette maladie attaque ordinairement tout le squelette; mais ses effets les plus marqués et les plus constans se portent sur le rachis, et c'est ce qui lui a mérité son nom. Elle affecte de préférence les sujets en bas âge; elle est fort rare chez les vieillards. L'âge de un à quatre ans paraît être le plus favorable à son développement; on a cependant vu quelques enfans l'apporter en naissant.

*Causes.* Une constitution faible ou détériorée, la circonstance d'être né de parens scrofuleux, les scrofules, l'état de langueur dans lequel jettent l'habitation dans un lieu bas et humide, un allaitement trop prolongé, le défaut d'exercice, une dentition difficile, surtout accompagnée de convulsions, l'inflammation chronique de quelque viscère important, la gestation chez les femmes jeunes et faibles, la masturbation, la suppression brusque d'un exanthème cutané chronique, etc., le scorbut, le rhumatisme, etc., telles sont les causes que les auteurs assignent à cette affection. Mais il faut avouer que la plus grande obscurité règne encore sur son étiologie. La plupart de ces causes ont un effet commun, l'amaigrissement du corps et l'appauvrissement de la constitution, et l'on serait tenté de regarder la faiblesse générale comme la cause immédiate du rachitisme, si l'on ne voyait assez souvent cette maladie attaquer inopinément des individus très-robustes et bien constitués en apparence, et qui ne sont dans aucune des conditions ci-dessus indiquées. Il faut

(1) *Ouvrage cité*, pag. 342 et suivantes.

conclure de là, que ces conditions, regardées par la plupart des auteurs comme des causes suffisantes, constituent seulement une prédisposition, et que la cause immédiate est encore inconnue. Nous dirons seulement qu'elle est si souvent liée, chez les jeunes sujets, avec une irritation chronique et simultanée des viscères abdominaux et encéphaliques, que les symptômes de ces diverses affections sont présentés par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, comme faisant partie de ceux du rachitisme; on en jugera par la description de cette maladie, que nous allons leur emprunter.

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* Lorsque la maladie débute chez un enfant en bas âge, il devient triste, morose, languissant, indifférent pour le jeu, et se refuse bientôt à toute espèce d'exercice. Souvent aussi les mouvemens du cœur s'accélèrent, les fonctions de l'estomac se troublent; il y a agitation générale et insomnie; ces derniers accidens durent peu, mais ils reparaissent de temps à autre. Le sujet maigrit, le foie grossit, le ventre devient volumineux et se météorise; les selles deviennent rares, et les urines sont alternativement claires ou chargées d'un sédiment blanchâtre, dans lequel quelques uns ont cru reconnaître du phosphate calcaire ou même de l'acide phosphorique libre. Les extrêmités des os longs se gonflent tout près des articulations, qui semblent former autant de *nœuds* le long des membres décharnés du malade. La face se ride, les joues deviennent pendantes, et la physionomie prend un caractère particulier, qui, suivant la remarque de Glisson, exprime l'habitude des méditations sérieuses, même chez les enfans très-jeunes. Si la maladie a commencé avant ou pendant la dentition, celle-ci est retardée, et les dents sont noires et en partie altérées au moment de leur sortie des alvéoles.

Lorsque l'ossification du crâne n'est pas achevée, la tête prend un volume considérable, le cerveau se développe en proportion, et une intelligence précoce est l'effet du développement de cet organe. Lorsque au contraire les sutures sont soudées, l'intelligence s'obstrue, et le malade devient idiot. Bientôt des douleurs se font sentir le long de la colonne épinière, et, quelque temps après, celle-ci présente dans divers points de sa longueur des courbures larges et jamais anguleuses, qui suivent des directions diverses, mais toujours alternativement opposées, de manière à ramener successivement la ligne de gravité du corps dans sa direction naturelle. La courbure des côtes s'efface; les cartilages ne pouvant pas suivre leur direction, en partent à angles plus ou moins ouverts, qui forment sous la peau des saillies remarquables. Le sternum est poussé en avant, et la poitrine, aplatie sur les côtés, prend une forme analogue à celle de la carène d'un vaisseau; une gêne considérable de la respiration d'où résulte un timbre particulier de la voix est l'effet de cette déformation. Les os longs se courbent ordinairement, mais pas constamment, dans le sens de leurs inflexions naturelles ou dans celui de l'action des muscles les plus forts auxquels ils donnent attache; quelquefois le ramollissement est porté à un tel degré, que les membres sont tout-à-fait incapables de servir à aucun usage, et qu'on peut les plier dans divers sens, pour ainsi dire à son gré. D'autres fois, au contraire, les os, en même temps qu'ils sont flexibles, ont acquis une fragilité particulière qui les fait rompre net, à l'occasion d'un effort très-léger, et, chose fort remarquable, ils sont susceptibles d'une réunion assez prompte, ce qui concourt à prouver que, comme nous l'avons dit, l'action organique y est augmentée dans cette maladie.

Si l'irritation des viscères de la tête et du ventre continue de faire des progrès, le malade périt dans les accidens qui dépendent ordinairement de ces sortes de maladies. D'autres fois, les douleurs persistent, les muscles s'émacient de plus en plus, et restent souvent dans un état permanent de contracture, qui maintient les membres dans des positions plus ou moins éloignées de l'état naturel; les ongles se recourbent, se déforment, et tombent; le malade reste condamné à une immobilité complète, et par l'impossibilité dans laquelle il est de se livrer à aucun mouvement, et aussi à cause des douleurs ou même des fractures qu'il éprouve lorsqu'on cherche à le faire changer de position, il périt dans le marasme. Souvent alors la mort est précédée par la dyspnée, des crachemens de sang, de la toux, et quelquefois même par tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, déterminée par la gêne que le rétrécissement et la déformation du thorax apportent aux fonctions des poumons. Quelquefois, cependant, on voit la maladie arriver au plus haut degré, suspendre tout à coup sa marche, et les malades rester pendant plusieurs années dans le même état, sans faire aucun progrès vers la guérison.

Tel est le rachitisme général; mais dans beaucoup de cas, il n'est que partiel, et par conséquent moins grave. Souvent il n'attaque que la colonne vertébrale; c'est ce qui arrive ordinairement aux individus qui sont frappés de cette maladie après l'époque de la première enfance. Chez les jeunes filles, cependant, il déforme presque toujours en même temps le bassin et oppose ainsi pour la suite des obstacles plus ou moins graves à la parturition. Assez souvent aussi chez les jeunes enfans, il ne courbe que les membres inférieurs, et il n'est pas rare alors de voir ceux-ci se redresser peu à peu par suite de la cessation de la maladie et des progrès de l'âge. Enfin, lors même qu'il est général, on voit dans un fort grand nombre de cas les os s'affermir, en conservant les inflexions vicieuses qu'ils ont contractées, acquérir une solidité et une épaisseur supérieures à celles qui leur sont naturelles, et prêter aux muscles, qui reprennent de la force en proportion, un point d'appui solide à leur action : nouvelle preuve que cette maladie est une irritation. Cependant, les déformations qui persistent après la guérison de la maladie ne permettent jamais aux personnes qui ont été affectées de rachitisme général de se livrer a des travaux rudes et fatigans, soit à cause de la déviation forcée des muscles, soit à cause du dérangement de la ligne de gravité qui en résulte quelquefois, soit surtout à cause de la gêne considérable qu'éprouvent les organes thoraciques. Enfin, les vices qu'elle cause dans la conformation du bassin, lorsqu'elle attaque les parois de cette cavité, apportent à l'accouche-

ment des obstacles souvent insurmontables, et qui compromettent toujours plus ou moins la vie de l'enfant, et quelquefois celle de la mère.

Le pronostic de cette maladie, considérée en elle-même et indépendamment des affections plus ou moins profondes des viscères de la tête et de l'abdomen, est donc en général très-grave lorsqu'elle attaque tous les os du squelette, et il acquiert de la gravité en proportion des affections viscérales qui s'y trouvent liées, comme complications, comme causes, ou comme effets. Lorsqu'elle est partielle, et que les viscères sont sains, elle est beaucoup moins fâcheuse. Cependant, on doit toujours porter un jugement défavorable du rachitisme qui, quoique borné à la poitrine et au bassin, est assez considérable pour altérer la forme de ces cavités; quant aux déformations des membres, elles constituent plutôt une difformité qu'une maladie, et ne compromettent jamais l'existence de l'individu.

*Caractères anatomiques.* On trouve à l'autopsie des cadavres des personnes mortes pendant la période de ramollissement des os, c'est-à-dire pendant le cours de la maladie, les os déformés plus volumineux que dans l'état naturel, souples, plians, quelquefois fragiles, lorsqu'on les courbe au-delà d'un certain point, et formés par un tissu léger, mou, rouge, spongieux, privé de sa substance salino-terreuse, dans lequel on remarque des vaisseaux très-volumineux, et qui laisse échapper, par la pression, un liquide rougeâtre et sanieux. A ces désordres se joignent tous ceux qui caractérisent les inflammations chroniques des organes encéphaliques, thorachiques, ou abdominaux, ou le scorbut, les scrofules, et en général toutes les maladies que nous avons dit accompagner ordinairement le rachitisme, et sur les caractères anatomiques desquels nous ne reviendrons pas ici. Quand on examine le squelette d'un rachitique qui n'est mort que long-temps après la guérison de cette maladie, on trouve, à l'endroit des courbures, les os plus épais, plus durs et plus abondamment pourvus de tissu compacte qu'ils ne le sont sur un sujet sain.

*Traitement.* Le temps et l'expérience ont fait justice d'une foule de remèdes que des opinions erronées et exclusives ont successivement fait adopter et préconiser par certains praticiens, comme doués de propriétés anti-rachitiques incontestables. C'est ainsi que les préparations dans lesquelles entrent le soufre, le mercure, le fer, l'antimoine les alcalis, les amers, les anti-scorbutiques, et à l'extérieur les frictions excitantes, les bains fortifians, les rubéfians, etc., ne sont plus employés contre le rachitisme, que comme toniques généraux, et par conséquent pour remplir des indications secondaires, ou pour détruire quelque complication qui en exige l'emploi. Le temps et l'expérience ont également proclamé l'inutilité de l'administration à l'intérieur du phosphate de chaux, que quelques praticiens, fondés sur une théorie toute chimique, avaient conseillé, dans l'intention de rendre à l'économie, et en particulier aux os, cette substance dont la perte est évidente, et qu'on retrouve souvent en très-grande proportion dans les urines du malade. Aujourd'hui, le traitement du rachitisme simple et exempt de complications, se compose à peu près uniquement de moyens purement hygiéniques. Ainsi, l'habitation dans un lieu élevé, sec, et exposé au midi, au milieu d'un air pur; une alimentation saine et substantielle, composée principalement de viandes grillées ou rôties, et de bouillon gras; des vêtemens de flanelle, des frictions sur la peau, etc.; en un mot, l'usage bien dirigé de tous les agens qui sont du domaine de l'hygiène, en constituent les principales bases.

Mais de tous ces moyens, l'un des plus utiles est incontestablement l'action répétée des muscles qui agissent en sens contraire à la courbure des os. Ainsi, par exemple, dans les cas de courbure commençante de la colonne vertébrale, on retire un grand avantage d'exercices répétés plusieurs fois par jour, et soutenus autant que les forces le permettent, et qui consistent, ou bien à saisir avec les mains un point d'appui élevé, et à chercher à élever le corps jusqu'à lui, ou à enlever et laisser retomber alternativement un poids suspendu à une corde passée dans une poulie, en ayant le soin de ne chercher à le soulever que lorsque les bras sont étendus et élevés autant que possible; ou enfin de marcher le corps droit et dans la position du soldat sous les armes. On fait très-bien, surtout pour les enfans, de confier cette dernière partie du traitement à un militaire qui sache commander l'exercice. On a cherché à remplir la même indication par des moyens mécaniques appliqués à l'extérieur, et consistant pour la plupart en des ressorts qui agissent d'une manière continue, lente et graduée, de façon à redresser peu à peu les os courbés; mais on a bientôt vu que ces moyens avaient beaucoup moins d'efficacité que les contractions musculaires, et qu'en condamnant les muscles à l'inaction, ils augmentaient souvent la faiblesse de la partie, et on les a réservés pour les cas où l'action musculaire ne peut être d'aucune efficacité. C'est ainsi qu'on les emploie encore dans quelques cas de courbure des membres inférieurs. La construction et la description de ces divers agens mécaniques constituant une branche à part et très-étendue, nous sommes contraints de renvoyer le lecteur aux traités qui y sont spécialement consacrés (1).

On trouve de l'avantage, lorsque l'état général de la santé de l'individu le permet, à faire marcher de front le traitement dont il vient d'être parlé, avec l'administration des stimulans et des dérivatifs dont nous avons fait mention. Mais toutes les fois que la complication porte sur un organe important, que le ventre, la poitrine ou la tête sont malades, il faut ne plus considérer le rachitisme que comme une affection tout-à-fait secondaire, et faire cesser avant tout la maladie principale par les moyens appropriés.

### De la friabilité des os.

La seconde forme sous laquelle se présente l'ir-

(1) Consultez l'excellent article *Gymnastique* de M. Bouvier, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tom. IX. *Précis physiologique sur les courbures de la colonne vertébrale*, etc., par M. Lachaise; 1 volume in-8°, 1827.

ritation nutritive du tissu osseux, est, avons-nous dit, celle dans laquelle la matière inorganique paraît surabonder, et étouffer, en quelque sorte, la matière organisée. Mais nous avons ajouté qu'il était loin d'être prouvé que cet état des os fût une hypertrophie, ni même un état morbide particulier, et qu'il était probable que ne ce fût qu'un symptôme. Quoi qu'il en soit, on n'en connaît pas les causes : cependant elle coïncide si souvent avec les cancers anciens, qu'on l'a regardée comme un des effets de ce qu'on appelait la diathèse cancéreuse. Elle n'affecte que les sujets adultes et les vieillards. Elle ne fait reconnaître son existence que par la facilité extrême avec laquelle les os se rompent à l'occasion du moindre choc, et souvent par le simple effet des contractions musculaires. Le pronostic en est fort grave, parce qu'elle indique une atteinte profonde portée à la nutrition générale. A l'ouverture du corps, on trouve les os plus épais que dans l'état naturel, faciles à rompre, presque uniquement formés de substances salines et privés de leur parenchyme, enfin organisés à peu près comme le sont les os calcinés. L'épaisseur des os et l'abondance des matériaux inorganiques qui les composent, distinguent cette affection d'une autre qui n'arrive que chez les vieillards, et qui est aussi caractérisée par la friabilité des os. Dans cette dernière en effet, le parenchyme organisé a également disparu; mais les os y sont devenus extrêmement minces, et ils sont le siége d'une véritable atrophie. On ne connaît pas le traitement de la friabilité des os. Jusqu'ici on s'est borné à traiter les fractures à mesure qu'elles se sont produites, et à l'administration de quelques toniques.

### De l'épaississement des os.

La troisième forme de l'irritation nutritive des os ne constitue pas, à proprement parler, une maladie : presque toujours elle reste inaperçue pendant la vie, et ce n'est guère qu'à l'ouverture des corps qu'on la reconnaît. On observe qu'elle affecte rarement un os en particulier; mais qu'au contraire tous les os qui forment une partie, comme le crâne, la poitrine, le bassin, les deux membres supérieurs, ou les deux membres abdominaux, ont acquis une épaisseur très-considérable, sans que les caractères distinctifs de leur organisation soient aucunement altérés: ce qui distingue complètement l'état dont nous parlons, de l'hypérostose ou de l'exostose, dans lesquelles les caractères primitifs du tissu osseux sont plus ou moins altérés. Nous avons vu un crâne d'une conformation très-régulière, dont tous les os, y compris ceux qui forment la suture écailleuse du temporal, avaient plus d'un pouce d'épaisseur; on y distinguait, sans aucune altération, la substance du diploé dans les points où elle existe ordinairement, et les deux couches de tissu compacte. Rien, pendant la vie, n'avait pu faire soupçonner une pareille anomalie, et l'on crut qu'elle dépendait d'une disposition congénitale. C'est à une semblable cause qu'on est ordinairement obligé de rapporter l'épaississement extraordinaire des os dont nous parlons; d'autant plus que rarement un seul os est affecté : s'il en existe d'autres causes, on ne les connaît pas ; et comme la maladie ne produit pendant la vie aucun symptôme, elle constitue plutôt une variété anatomique qu'une maladie, et n'exige aucun traitement.

## HYPERTROPHIES DU SYSTÈME ÉPIDERMOÏDE.

### Considérations générales.

En avançant dans l'étude des irritations, nous en voyons diminuer et le nombre et l'acuité, à mesure que nous l'examinons dans des tissus moins vivans. Celui dont nous allons nous occuper n'a pour ainsi dire pas d'organisation, c'est une couche de matière presque inorganique, une espèce de vernis étendu sur la peau, et n'ayant d'autre fonction que de la protéger contre l'action immédiate de l'air et des agens extérieurs ; aussi n'est-il susceptible que d'un très-petit nombre d'irritations. Ces irritations sont obscures; elles occupent le plus bas degré de l'échelle ; ce sont de simples irritations nutritives. On sent bien qu'un tissu qui n'a ni vaisseaux sanguins, ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs, et qui n'est le siége d'aucune sécrétion, n'est susceptible d'aucun des autres modes d'irritation. Doué seulement de la faculté de s'accroître, son accroissement dépasse parfois l'état normal sous l'influence de causes excitantes, et ce sont là toutes ses maladies; tels sont les durillons, les cors et les verrues.

Il se pourrait cependant que quelques dartres dépendissent de l'altération de l'épiderme, et que l'irritation de la peau fût consécutive à la destruction de ce tissu, et l'effet du contact de l'air et des agens extérieurs. Ne semble-t-il pas qu'il en soit ainsi dans ces dartres légères, sans douleur, dans lesquelles l'épiderme se détache en poussière semblable à de la farine ? Et combien de dartres deviennent douloureuses, vives, intenses, qui commencent ainsi ? Enfin ne pourrait-on pas regarder comme des maladies propres à l'épiderme, ces dartres sèches, non douloureuses, dans lesquelles ce tissu s'épaissit et se fendille, tombe par écailles et se reproduit avec la plus grande rapidité, sans que le derme paraisse altéré. Ces questions méritent peut-être la peine que l'on s'occupe de les résoudre.

Les ongles n'étant qu'une dépendance de l'épiderme, tout ce qui précède leur est applicable.

### Des durillons.

On appelle *durillon*, un épaississement de l'épiderme, résultant de la superposition de plusieurs lames de ce tissu, endurcies par une pression habituelle ou le contact répété de corps très chauds. On observe les durillons aux talons, au gros orteil sur le côté interne de son articulation avec le premier os métacarpien, aux genoux chez les couvreurs et les carreleurs, et enfin à la paume des mains chez les forgerons et tous les hommes qui exercent des travaux très-rudes. Ceux des mains sont le plus ordinairement désignés sous le nom de *calus*, et ceux du gros orteil sous celui d'*ognons*.

Le durillon diffère du cor en ce qu'ils ne pré

sente pas de tubercule central et n'est que rarement douloureux. Quelquefois le durillon acquiert une épaisseur qui rend sa présence très-gênante, et si la pression qui l'a provoqué continue, ce qui est le plus ordinaire, il finit par provoquer une inflammation de la peau sous-jacente, puis une suppuration, qui le détache et entraîne sa chute. D'autres fois, quand la pression n'a plus lieu, il s'use en quelque sorte en s'exfoliant et s'efface.

Le traitement des durillons est fort simple ; les soustraire, si cela se peut, à la cause qui les entretient ; les ramollir au moyen des bains émolliens, des cataplasmes de même nature, des emplâtres de savon ; les enlever couche par couche avec un bon canif ou un bistouri, en évitant toutefois avec soin d'arriver jusqu'au derme et de l'entamer ; enfin, les user avec une pierre ponce ou une lime douce, tels sont les indications qu'il présente et les moyens de les remplir.

### Cors.

Les cors consistent aussi dans un épaississement morbide, local et circonscrit de l'épiderme. Ils occupent ordinairement la face supérieure des orteils ou leurs parties latérales, et quelquefois la plante des pieds sous les extrémités antérieures des os du métatarse. La pression ou les frottemens opérés par des chaussures trop étroites ou trop larges, des plis ou de grosses coutures que présentent les bas, en sont les causes ordinaires. Ils sont durs, calleux, aplatis, et formés par des couches d'épiderme superposées; mais ils présentent de plus à leur centre une portion plus dure, d'aspect corné, demi-transparente, traversant la première comme un clou, que la pression fait pénétrer davantage de jour en jour dans l'épaisseur du derme, et qui s'enfonce quelquefois jusque sur les tendons, les ligamens articulaires, et même les os. Dans les premiers temps de leur formation, les cors ne diffèrent pas d'une manière sensible des durillons, et ce n'est que lorsque le tubercule central commence à se former, qu'ils prennent les caractères qui leur sont propres. En général, ils ne deviennent douloureux qu'à cette époque, et c'est la compression qu'exerce ce tubercule, en s'enfonçant dans la peau et en se dilatant, qui occasione les douleurs si vives qui accompagnent parfois cette maladie. Cependant les cors causent quelquefois de la douleur sans être comprimés ; cela s'observe assez fréquemment pendant les fortes chaleurs, et à tous les grands changemens de température. Aussi quelques médecins pensent-ils que leur partie centrale est douée d'un certain degré d'organisation; M. Lagneau est de ce nombre (1). M. Breschet dit avoir vu, à l'aide du microscope, des vaisseaux la traversant en tous sens.

On se préserve des cors en portant des chaussures ni trop larges ni trop étroites, et en évitant que les bas fassent des plis ou portent de grosses coutures aux endroits de pression ou de frottement. Les militaires et toutes les personnes forcées de faire de longues marches, parviennent à s'en préserver, en se graissant les orteils avec du suif. Mais une fois qu'ils sont formés, il n'est pas toujours facile de s'en débarrasser. Plusieurs moyens, ou plutôt plusieurs méthodes de traitement sont mises en usage à cet effet ; les trois principales sont : l'excision, l'extirpation et la cautérisation. Ces trois méthodes opératoires sont des plus simples. Pour pratiquer l'excision, il faut commencer par faire ramollir le cor en plongeant la partie pendant quelque temps dans l'eau chaude, ou en la recouvrant d'un cataplasme ; cela fait, on enlève successivement, et lame par lame, avec la pointe d'un bistouri bien tranchant et tenu à plat, toute la portion d'épiderme épaissie, en ayant soin de faire pénétrer l'instrument à une profondeur d'autant plus grande, qu'on se rapproche davantage de la partie centrale de la maladie, de manière à creuser une cavité en forme d'entonnoir. On s'arrête quand il ne reste plus qu'une couche mince d'épiderme, à travers laquelle on distingue la couleur du corps muqueux de la peau. Pour pratiquer l'extirpation, on cerne le cor avec la pointe d'un bistouri, on le saisit avec des pinces à disséquer et on l'arrache. Pour exécuter la cautérisation, on commence par faire ramollir le cor comme lorsqu'on veut faire l'excision, on en retranche ensuite avec un bistouri tenu à plat tout ce qui fait saillie au dessus du niveau de la peau, après quoi on touche le reste, soit avec du nitrate d'argent fondu, soit avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique ou muriatique. Le sommet escharrifié et desséché du cor se détache et tombe du douzième au quinzième jour.

D'autres moyens sont encore employés pour la guérison des cors, mais la plupart sont dangereux ou inutiles. Les uns consistent dans des emplâtres caustiques ou irritans, dont les inventeurs tiennent presque toujours la composition secrète ; ils produisent souvent une inflammation intense et très douloureuse, sans résultat avantageux pour le malade. Nous citerons parmi les autres, les emplâtres de savon, de mucilage, de gomme ammoniaque, de galbanum, le sparadrap, les feuilles de joubarbe, la baudruche, le coton en bourre. Ces moyens procurent quelquefois du soulagement; au moins ont-ils l'avantage de ne jamais nuire. Peyrilhe faisait appliquer un emplâtre fenêtré de diachylum gommé, immédiatement sur le cor, et par dessus un second emplâtre non fenêtré. On épargne souvent ainsi les douleurs qui résultent de la compression. Si le cor est situé sous le pied, on fait porter dans la chaussure une semelle de liége percée d'un trou au point qui lui correspond.

### Des verrues.

On nomme *verrues* ou *poireaux*, une troisième espèce de tubercules épidermiques, durs, calleux, et insensibles, qui se développent dans toutes les parties du corps, mais principalement sur les mains. On les observe plus fréquemment chez les enfans que chez les adultes et les vieillards ; les causes n'en sont pas connues; on croit assez généralement qu'elles sont contagieuses, et que la propriété de se transmettre ainsi réside surtout dans le sang qui provient de leur section.

Les verrues sont, à leur début, formées entiè-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 21 vol., article Cor.

rement par l'épiderme épaissi ; mais, à mesure qu'elles se développent, elles envahissent le corps muqueux et le chorion, dans lesquels elles envoient des prolongemens que l'on nomme *racines*. A l'extérieur, elles sont tantôt lisses, et tantôt inégales et raboteuses; on les voit rarement pédiculées, presque toujours au contraire elles sont à large base. Nous avons déjà dit qu'elles ne causaient aucune douleur, mais elles gênent quelquefois par leur volume ou par leur situation, ou bien elles rendent les mains difformes. Ce n'est que dans ces cas que l'on doit chercher à les détruire, car elles finissent presque toujours par disparaître spontanément.

Lorsqu'elles sont pédiculées, le meilleur moyen de les enlever consiste à lier le pédicule avec un fil de soie. Lorsqu'au contraire elles sont à large base, on les détruit par les caustiques ou par l'excision. Pour les cautériser, on se sert ou de nitrate d'argent, ou de potasse caustique, ou d'acide nitrique, ou de deuto-chlorure d'antimoine, ou de sabine en poudre, etc. Lorsqu'on se sert d'un caustique liquide ou de la potasse concrète, il faut recouvrir la verrue d'un emplâtre fenêtré de diachylum gommé, par l'ouverture duquel on place le caustique, dont l'action se trouve ainsi circonscrite dans les limites convenables. On peut cependant se dispenser de cette précaution, en se servant d'un tube de verre effilé ou d'un corps quelconque terminé en pointe, dont on trempe l'extrémité dans l'acide concentré dont on veut se servir, et que l'on applique, après l'avoir égoutté, sur le centre de la tumeur préalablement excavé. On ne porte de la sorte qu'une quantité extrêmement petite du liquide caustique, et l'on n'a pas à craindre ses ravages ; on revient à l'application le lendemain, mais il faut faire en sorte de détruire la verrue en deux ou trois fois au plus, car l'action trop répétée de ces agens énergiques peut déterminer le *carcinôme* de la partie. Nous avons vu un carcinôme de la main survenir chez une femme âgée, qui, pendant plusieurs jours de suite, avait tourmenté avec la pointe d'une épingle de nombreuses verrues qu'elle portait sur cette partie ; on fut obligé d'amputer l'avant-bras. On fait aussi très-bien disparaître la plupart des verrues, en les frottant deux ou trois fois par jour avec de l'hydrochlorate d'ammoniaque humecté; c'est une cautérisation lente, mais sans inconvéniens.

L'excision est de beaucoup préférable à l'emploi des caustiques, et on doit l'employer chaque fois que le malade veut bien s'y résoudre. On la pratique en enlevant la verrue couche par couche, et en cautérisant immédiatement avec le nitrate d'argent. Cette petite opération ne manque presque jamais son but. Lorsque la verrue est trop volumineuse, on peut l'enlever en pratiquant de chaque côté deux petites incisions semi-elliptique ; mais il est excessivement rare qu'on soit obligé d'avoir recours à ce procédé.

---

# DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

## ALTÉRATIONS DES TISSUS CONSISTANT DANS L'ABORD MOINS CONSIDÉRABLE QUE DANS L'ÉTAT NORMAL DES FLUIDES QUI LES PARCOURENT NATURELLEMENT, ET DANS LA DIMINUTION DE LEUR IRRITABILITÉ, OU ASTHÉNIES.

### DE L'ASTHÉNIE EN GÉNÉRAL.

L'action organique des tissus est susceptible d'éprouver la modification morbide opposée à celle dont nous venons d'étudier les nombreux effets, c'est-à-dire qu'elle peut être abaissée au dessous de l'état normal. Dans tout tissu ainsi modifié, l'irritabilité diminue, les fluides abordent en moindre quantité que dans l'état normal, et les mouvemens de composition et de décomposition sont ralentis. On nomme cet état *asthénie*.

De même que l'irritation, l'asthénie renfermée dans certaines limites est compatible avec la santé ; mais, portée au delà de ces bornes qu'il n'est pas possible de déterminer d'une manière précise, elle trouble la fonction des parties qu'elle occupe, elle devient morbide. Nous la définirons donc : *la diminution de l'action organique d'un tissu, au-delà des limites compatibles avec l'exercice libre de sa fonction.*

Nous ne chercherons pas plus à pénétrer l'essence de l'asthénie que nous ne l'avons fait pour l'irritation. Cependant, en l'étudiant dans le système nerveux, on croit en entrevoir la nature; elle y présente ce caractère particulier de ressembler à un véritable épuisement du fluide nerveux, comparable presque en tout à l'épuisement du fluide galvanique dans une pile qui vient de produire de grands effets. Ainsi le collapsus dans lequel tombent les facultés intellectuelles après une trop forte contention d'esprit, l'anaphrodisie prolongée qui suit quelquefois les excès vénériens, la diminution ou la perte de la sensibilité ou du mouvement d'une partie, sans lésion quelconque d'une portion du système dont il s'agit, ne ressemblent-ils pas à une sorte d'épuisement matériel du fluide qui produit l'intelligence, les désirs amoureux, le sentiment et le mouvement ? Cette hypothèse nous paraît très-probable. Nous penchons donc à croire que l'asthénie de tous les tissus reconnaît pour cause une diminution partielle de l'influx nerveux, et que les stimulans n'agissent qu'en excitant l'abord de ce fluide. Enfin, ce qui vient encore à l'appui de ces idées, c'est que l'appareil producteur du fluide reprend surtout son énergie par le repos, tandis que les tissus dans lesquels nous supposons

le fluide diminué de quantité, ne regagnent le ton qu'ils ont perdu que par les excitans, ce qui offre la plus parfaite analogie avec les principaux phénomènes électriques. Il paraît en effet en être ainsi dans le plus grand nombre de cas, et si dans quelques circonstances cela ne paraît pas aussi probable, il est à remarquer que c'est dans des maladies dont la nature asthénique n'est pas bien démontrée, telles que l'anémie, etc. Nous pourrions apporter encore d'autres preuves en faveur de cette opinion, et en tirer beaucoup d'autres conséquences, mais cela nous entraînerait trop loin.

L'asthénie est aussi rare que l'irritation est fréquente, et cela nous explique en partie pourquoi l'on n'a pu jusqu'à ce jour en étudier les lois. Il règne en outre beaucoup d'obscurité sur la plupart des maladies que l'on attribue à cette modification de l'action organique. Quelques unes ne sont évidemment que des symptômes; plusieurs dépendent d'altérations organiques diverses; enfin, il n'en est qu'un très-petit nombre qui soit quelquefois suivi de la mort, et ce petit nombre ne laisse pas de traces sur les cadavres. Il serait cependant utile d'obtenir des résultats précis sur cet état morbide; car l'histoire de l'irritation ne sera complète que lorsque celle de l'asthénie sera elle-même achevée; elles forment le complément nécessaire l'une de l'autre. A cet effet, il faudrait, comme le propose avec raison le docteur Boisseau, étudier l'asthénie dans chaque tissu, dans chaque organe, et rechercher l'influence que celle d'un organe exerce sur sa nutrition, sur le rhythme de ses fonctions et sur la nutrition et les fonctions des organes qui sympathisent avec lui (1) : mais de combien de difficultés une telle étude ne serait-elle pas hérissée? Toutefois, ce n'est pas une raison pour ne pas l'entreprendre; mais nous pensons que pour se livrer avec quelque fruit à cette étude, il faut s'écarter de la voie qui a été tracée par l'estimable confrère que nous venons de citer : c'est ce que nous allons faire.

Les causes de l'asthénie sont très-souvent des causes excitantes, mais principalement de la nature de celles qui augmentent la fonction des organes. Ainsi, le cerveau, long-temps et fortement excité par le travail et la méditation, tombe fréquemment dans un collapsus, un véritable état asthénique, qui le rend impropre à l'exercice de la pensée, si des excitans énergiques ne le sortent de sa torpeur. Il en est de même des organes des sens et du système musculaire; leur action s'épuise, pour ainsi dire, par l'exercice exagéré de leurs fonctions, et ils deviennent inhabiles à agir pendant un temps plus ou moins long. D'autres causes irritantes peuvent encore produire l'asthénie, mais c'est après avoir provoqué l'inflammation; ou plutôt ce dernier état morbide laisse quelquefois après lui, dans les tissus qu'il a occupés, un véritable état asthénique qui réclame l'emploi des stimulans, mais qui n'est pas en général de longue durée. L'asthénie est aussi produite par l'action directe de certaines causes, telles que le froid humide, l'absence de la lumière, des alimens fades, muqueux, non excitans, les mucilages, les émolliens, les astringens, les bains tièdes, l'opium, l'acide hydro-cyanique, la digitale, en un mot tous les agens que nous avons indiqués comme moyens de diminuer l'irritabilité des tissus; et par les sécrétions abondantes, les suppurations et les hémorrhagies excessives. Quelquefois elle se développe par l'absence des stimulans; mais cela est rare, et l'on sait que les sens de la vue, de l'ouïe, et du goût, deviennent plus vivement impressionnables à la lumière, aux sons, et aux saveurs, lorsqu'ils sont depuis long-temps sans exercice. Enfin, dans quelques cas, l'asthénie de certains organes est héréditaire, et les causes n'en sont pas toujours connues. Nous ne parlons pas ici de l'asthénie qui est l'effet de l'irritation d'une certaine partie; dans ce cas, cet état morbide n'est plus qu'un symptôme.

Si l'irritation n'occupe jamais tous les tissus en même temps, l'asthénie, au contraire, se montre quelquefois générale. C'est ce que l'on observe chez les vieillards, par les progrès de l'âge, et principalement chez ceux qui, parvenus à la décrépitude, s'affaiblissent graduellement, et meurent de vieillesse. On voit chez eux toutes les fonctions perdre successivement leur énergie; les sens s'émoussent, les facultés intellectuelles s'affaiblissent; les mouvemens, de plus en plus lents, deviennent impossibles, les digestions se ralentissent; l'appétit disparaît; les sphincters se relâchent; les inspirations ne se font plus qu'à de longs intervalles; le cœur cesse de battre, et la vie s'éteint comme la flamme qui manque d'aliment s'évanouit. L'asthénie générale s'observe encore chez les individus épuisés par les excès vénériens, par l'allaitement, par les suppurations excessives, la sécrétion trop abondante du mucus, de la salive, les longues hémorrhagies, et par le défaut d'alimentation suffisante. La langueur de toutes les fonctions, sans symptômes d'irritation d'aucun organe, la caractérise suffisamment pour qu'il soit facile de la reconnaître; la nature de la cause éclaire d'ailleurs le diagnostic.

L'asthénie frappe quelquefois l'un des systèmes élémentaires de l'économie, mais presque toujours comme effet sympathique de l'irritation de quelque organe important. C'est ainsi que le *marasme* est un des effets ordinaires de la plupart des irritations prolongées; l'*anesthésie*, un symptôme d'un état morbide du cordon rachidien ou du cerveau; et l'*anémie*, le résultat de quelques phlegmasies chroniques. Cependant, la maigreur, sans foyer d'irritation qui la produise, est assez commune; elle est l'état habituel d'une foule d'individus, et on la voit portée à un tel point chez quelques hommes, que, sans constituer pour eux un état morbide réel, il en résulte une santé peu robuste. Les individus qui la présentent sont excessivement sensibles au froid, ils supportent très-bien au contraire les plus fortes chaleurs, différens en cela des individus à tempérament nerveux, avec lesquels ils ont d'ailleurs plusieurs points de contact. Ils sont en général très-sobres, et n'ont de goût que pour un petit nombre de mets; quelques uns, cependant, sont de grands mangeurs. Leur

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. 2, article ASTHÉNIE.

santé se dérange vaguement pour la moindre cause, surtout pour la plus légère infraction à leurs habitudes ; mais elle se rétablit promptement par de simples précautions de régime. On observe aussi quelques personnes chez lesquelles la sensibilité est des plus obtuses, sans que le cerveau ni la moelle épinière soient altérés. Chez ces individus, les mouvemens sont lents, l'intelligence est obtuse, le caractère apathique, les phénomènes inflammatoires sont en général peu marqués, les sympathies difficilement mises en jeu, et les organes se détruisent parfois sourdement sans provoquer des phénomènes morbides en rapport avec le degré de leur désorganisation. Enfin, il existe des individus qui, naturellement, et sans souffrance d'aucun organe, sont dans un état habituel d'anémie. Ils sont pâles, leurs chairs sont flasques, ils s'œdématient facilement, on aperçoit à peine leurs veines sous-cutanées et elles sont très-petites : leurs phlegmasies affectent dès le début, ou revêtent promptement le caractère chronique ; enfin, il supportent en général assez mal les évacuations sanguines. Ces trois états asthéniques peuvent être mis en opposition avec l'*obésité*, l'*exaltation nerveuse*, et la *pléthore sanguine*. L'asthénie du système lymphatique n'est pas connue.

L'asthénie est, comme l'irritation, susceptible de plusieurs degrés depuis la simple diminution d'action d'un organe ou d'un tissu jusqu'à sa paralysie complète. Cependant, si dans les organes des sens, dans le cerveau, et dans quelques glandes, elle peut s'élever jusqu'à la perte complète de la fonction, il ne paraît pas qu'il en soit de même pour les organes de la vie végétative. Disons plus, leur paralysie ne nous paraît pas possible ; dans le cœur, dans le poumon, dans l'estomac, et dans les reins, elle serait suivie d'une mort prompte, qui ne laisserait pas même le temps de la reconnaître ; et par analogie nous pensons que le foie et le pancréas n'en sont pas susceptibles. En interrogeant les faits d'ailleurs, nous voyons qu'il n'existe dans les auteurs aucun exemple bien évident de l'une ou de l'autre de ces paralysies ; nous n'en exceptons pas même le fait de prétendue paralysie de l'estomac, rapporté par Lieutaud. Les paralysies du rectum et de la vessie sont seules bien constatées ; mais elles portent principalement sur les sphincters, et l'on sait en outre que ces parties appartiennent autant au domaine de la vie animale qu'à celui de la vie végétative. Tout nous confirme donc dans cette opinion, que les organes de la vie végétative ne sont pas susceptibles de paralysie complète ; leur asthénie ne peut s'élever au delà d'un certain degré, sans que la vie cesse immédiatement.

Certains états morbides ont été pris pour des paralysies de ces organes, et n'en sont réellement pas. Ainsi, il arrive quelquefois que des corps gazeux, ou liquides, ou solides, s'accumulent dans leur cavité, et les distendent outre mesure. Cette distension est parfois portée au point de devenir elle-même un obstacle à l'accomplissement d'une fonction, comme lorsque l'estomac, les intestins ou la vessie, ampliés au delà de certaines bornes, ne peuvent plus réagir sur les matières qu'ils contiennent. C'est alors que l'on dit que ces organes sont paralysés, on le dit surtout de la vessie ; mais il est évident qu'il n'y a pas là de véritable paralysie, car il suffit presque toujours, pour rendre dans ce cas, à la vessie par exemple, le ressort qu'elle a momentanément perdu, d'évacuer par le cathétérisme l'urine qui la distend.

L'asthénie est ordinairement continue, mais il n'est pas rare de l'observer intermittente ; dans ce dernier cas, elle n'est jamais précédée de frisson, ni suivie de sueur, comme cela s'observe dans les irritations qui affectent cette marche.

Les phénomènes locaux dont s'accompagne l'asthénie dans tous les tissus sont de quatre ordres : tantôt ils consistent dans la pâleur et le refroidissement des tissus, ou la diminution générale de la masse du sang, ou la suppression d'un écoulement sanguin habituel ; tantôt le tissu a perdu la faculté de sentir ou celle de se mouvoir, ou, dans le cerveau, la faculté de produire la pensée ; dans quelques cas, la nutrition seule de la partie asthéniée diminue ; enfin, dans un plus petit nombre de circonstances, une sécrétion naturelle ne peut plus s'exercer. Nous nommerons le premier mode d'asthénie *asthénies sanguines* : c'est l'état opposé à l'inflammation et à l'hémorrhagie ; le second sera désigné par le nom d'*asthénies nerveuses* : c'est l'état contraire aux névroses ; le troisième formera les *asthénies nutritives* ou *atrophies* : c'est le phénomène morbide opposé aux irritations nutritives ou *hypertrophies* ; enfin, le quatrième comprendra les *asthénies sécrétoires*, état contraire aux irritations sécrétoires. La diminution de l'abord des fluides blancs dans un tissu n'étant pas appréciable, et ne paraissant pas constituer un état morbide, on ne connaît pas d'asthénie qui corresponde à l'irritation sub-inflammatoire. Cette division de l'asthénie nous paraît plus fondée que celle qui a été proposée par M. Boisseau, et qui consiste à partager les maladies de cette classe en *asthénies de nutrition*, et *asthénies de fonction*, division plus spéculative que réelle.

L'asthénie d'un organe, quelque important qu'il soit dans la chaîne des fonctions, n'entraîne pas en général l'asthénie des autres parties. Ainsi, l'asthénie du cerveau de l'idiot ne trouble en rien le jeu des autres fonctions. Qu'une partie irritée exerce au loin de nombreuses influences, cela se conçoit ; dans l'état normal, elle agissait déjà sur plusieurs organes, elle doit nécessairement les influencer davantage, lorsque son action organique augmente. Mais, lorsqu'au contraire son action organique s'affaiblit, l'influence sympathique qu'elle exerce doit nécessairement aussi diminuer dans la même proportion, jusqu'au point de l'isoler, pour ainsi dire, du reste de l'économie, si elle se paralyse complètement. Cette vérité, émise pour la première fois par M. Bégin (1), nous paraît incontestable. Mais, comme le fait observer ce savant médecin, il faut distinguer, dans les maladies par faiblesse, ce qui appartient à la débilité locale de ce qui est produit par l'interruption des fonctions de l'organe affaibli. En effet, si l'estomac af-

(1) *Principes généraux de physiologie pathologique*, etc., pag. 146 et suiv.

faibli ne provoque pas un état sympathique d'asthénie dans les autres organes, il en entraîne cependant la débilité, en ne faisant plus subir aux alimens une élaboration suffisante. C'est faute d'avoir fait cette distinction importante, que des médecins du plus grand mérite, et M. Boisseau en particulier, ont soutenu qu'un organe asthénié exerçait des sympathies.

Il suit de ce qui précède, que les symptômes de l'asthénie sont en général peu nombreux et bornés à l'organe affecté. Ces symptômes sont toujours en quelque sorte passifs; ils consistent dans la langueur d'un système, ou dans la suspension d'une ou de plusieurs fonctions, ou dans le défaut de nutrition d'un organe. On ne voit jamais les asthénies véritables augmenter la chaleur générale ni accélérer les contractions du cœur; aussi, quelle que soit l'apparence asthénique d'une maladie, lorsqu'elle s'accompagne de ces deux symptômes, elle n'est jamais sans mélange d'irritation, et souvent même ce dernier état morbide la constitue toute entière, l'asthénie n'est plus qu'un symptôme.

A ce qui précède se bornent nos connaissances sur le mode de développement et la manière d'être de l'asthénie. Ce point de la science réclame donc quelques recherches : nous verrons, en étudiant chaque asthénie en particulier, combien de points obscurs restent encore à éclaircir. S'il ne s'agissait que de donner une théorie spéculative de cet état morbide, rien ne serait plus facile; il nous suffirait en effet de prendre le contre-pied de toutes les lois de l'irritation. Mais, comme nous ne voulons pas émettre de théories qui ne soient fondées sur les faits, nous préférons nous taire plutôt que de bâtir de faciles hypothèses.

### Traitement général de l'asthénie.

Tous les moyens de faire cesser l'asthénie peuvent être compris dans trois classes; savoir : les stimulans directs, les stimulans indirects, et le régime stimulant. Nous allons les passer successivement en revue et en étudier le mode d'action.

#### Médication stimulante directe.

Cette première classe renferme tous les moyens thérapeutiques qui augmentent directement l'action organique des tissus, tels sont les spiritueux, les éthers, et toutes les substances à odeur vive et pénétrante, les toniques proprement dits, le calorique, l'électricité, l'électro-puncture, et tous les agens irritans.

L'action des spiritueux sur la peau est de la rougir, de l'échauffer, et, portée trop loin, d'en déterminer le gonflement, et d'y provoquer la douleur. Sur tous les tissus ils produisent les mêmes effets, ce qui rend leur emploi très-avantageux dans ces asthénies qui consistent principalement dans la décoloration et le refroidissement des tissus, et que nous avons dit être l'état opposé de l'irritation inflammatoire. Ingérés dans l'estomac, ils en augmentent par conséquent l'action, et si sa fonction digestive est languissante par asthénie, ils la réveillent en élevant l'action organique de sa tunique interne au degré normal. Mais en raison de l'immense influence que cet organe exerce sur toute l'économie, l'ingestion des spiritueux est promptement suivie d'effets généraux très-marqués; la chaleur se répand et se répartit sur tous les organes, les contractions du cœur sont accélérées, l'énergie musculaire est accrue, et l'action cérébrale s'exalte. Ces effets, d'abord purement sympathiques, ne tardent pas à être accrus par le transport des molécules alcooliques dans tous les points de l'économie, molécules dont l'absorption s'est promptement emparée. Employés à trop hautes doses, ils enflamment les tissus avec lesquels ils sont en contact ou la portion du système nerveux sur laquelle leur action va aboutir (le cervelet); d'où le précepte de ne les administrer qu'à des doses proportionnelles à l'irritabilité des organes et des individus, et celui de s'en abstenir lorsque l'estomac ou l'encéphale sont irrités. Leur usage extérieur offre beaucoup moins d'inconvéniens; leur action est toujours locale; elle se borne à réchauffer la partie sur laquelle on les applique, à y réveiller la sensibilité engourdie, et, dans quelques cas, ils en activent l'absorption, et font promptement disparaître, soit la sérosité accumulée dans le tissu adipeux, soit le sang extravasé dans les tissus cutané et cellulaire. Si on les emploie concentrés, ou chauds, ou si on facilite leur action par des frictions, ils deviennent promptement rubéfians, et exercent alors une action révulsive. Toutes les substances qui contiennent de l'alcool appartiennent à cet ordre de médicamens; le café s'en rapproche à beaucoup d'égards.

On voit que les spiritueux, que nous rangeons parmi les stimulans directs, agissent aussi parfois comme stimulans indirects. Il en sera de même des éthers, de l'ammoniaque, et de quelques autres agens, dont l'action varie avec les doses et le mode d'emploi, ce qui, pour le dire en passant, rend impossible toute classification exacte des médicamens basée sur leur manière d'agir.

Les éthers ont pour effet principal de calmer l'irritabilité trop vive du système nerveux; il suffit souvent de les faire inspirer pour obtenir ce résultat; mais le plus ordinairement on les administre par la voie de l'estomac. A trop fortes doses ou chez des sujets dont l'irritabilité du système nerveux est excessive, ils produisent l'effet contraire; aussi voit-on beaucoup de femmes très-nerveuses que l'odeur seule des éthers incommode, et chez lesquelles même elle fait naître des convulsions. La conséquence thérapeutique qui en découle se déduit d'elle-même. Ainsi les éthers sont calmans à des doses et dans des circonstances convenables, et stimulans dans les conditions opposées. C'est sous ce dernier point de vue seulement qu'ils doivent ici nous occuper, et nous n'aurons que peu de mots à en dire. Ils produisent une chaleur âcre à la gorge et vive et brûlante dans l'estomac; en un mot, ils stimulent toujours les parties avec lesquelles ils sont en contact. Il faut cependant en excepter la peau lorsqu'elle est saine; ils lui enlèvent rapidement une grande quantité de calorique, en raison de leur prompte évaporation, et ils agissent sur elle, par conséquent, à la manière du froid. Mais on les emploie rarement dans l'intention de stimuler; ce n'est guère que dans la syncope et

l'asphyxie qu'on y a recours à cet effet. Leur extrême volatilité fait qu'ils se répandent jusque dans les plus petites anfractuosités des fosses nasales, qu'ils pénètrent dans toutes les cellules bronchiques, et vont, pour ainsi dire, ranimer partout l'irritabilité prête à s'éteindre. Les seuls éthers employés sont les éthers sulfurique, hydrochlorique, nitrique, et acétique; le premier, à l'intérieur comme à l'extérieur, et les trois autres à l'extérieur seulement.

Le mode d'action de la plupart des substances à odeur vive et pénétrante diffère peu de celui des éthers; aussi les avons-nous déjà étudiées sous le nom d'antispasmodiques, en traçant le traitement général de l'irritation. Mais si dans les conditions que nous avons indiquées elle produisent des effets asthéniques, il ne faut pas oublier qu'elles stimulent l'estomac qui les reçoit, ainsi que les organes qu'elles doivent calmer, s'ils sont trop violemment irrités. Quelques unes de ces substances sont uniquement irritantes sans mélange de propriétés asthéniques, telles sont l'ammoniaque, l'acide acétique, le chlore, etc.

Un grand nombre d'agens stimulans appartiennent à la classe des toniques. Toutes les substances aromatiques, les baumes, les amers, et les ferrugineux, en font partie. Elles augmentent le ton de l'estomac, et par sympathie celui des autres organes. à peu près comme les spiritueux; mais leur action est plus fixe, plus permanente, et leurs molécules difficilement absorbées, vont rarement porter leur action sur des organes éloignés et les exciter directement; aussi les emploie-t-on de préférence, et chaque jour on en obtient de bons effets. Appliqués à la peau, ils agissent de la même manière que les spiritueux, avec lesquels on les combine d'ailleurs très-fréquemment. Nous devons dire, au reste, que les alcooliques sont en général regardés comme des toniques, quoiqu'il existe cependant quelques différences entre le mode d'action de ces agens et celui des toniques proprement dits. Le nombre de ces médicamens est immense; tous les corymbifères odorans, toutes les labiées, la gentiane, la petite centaurée, le quassia amer, la fumeterre, le simarouba, les chicorées, le houblon, le quinquina, la cannelle, etc., sont regardés comme des toniques. L'inconvénient commun à l'emploi de ces substances est d'irriter les voies digestives : l'état d'intégrité de ces parties est donc la première condition de leur emploi.

Le calorique est un des plus puissans stimulans de la nature; mais il est rare que les médecins l'emploient dans le traitement de l'asthénie. On a eu recours au contraire très-fréquemment à l'électricité, et il est peu d'asthénies contre lesquelles on ne l'ait essayée. Quel en est le mode d'action? Ce fluide agit-il seulement en stimulant fortement les parties sur lesquelles on le dirige, comme le ferait tout autre excitant? Son action au contraire est-elle spéciale, et remplace-t-elle dans les parties asthéniées l'influence nerveuse dont elles manquent. Cette dernière opinion est assez probable; mais ce moyen est très-souvent infidèle, ce qui tient sans doute à la difficulté d'en proportionner la force au degré d'asthénie, peut-être à la rareté des asthénies dépendant seulement du défaut d'influx nerveux, et surtout à la presque impossibilité de les reconnaître. Quant à l'électro-puncture, sa manière d'agir n'est pas encore bien connue, et il est assez difficile d'expliquer comment le même moyen guérit tantôt des irritations et tantôt des asthénies. (1). Nous ne parlerons pas de l'action des autres excitans; elle consiste dans l'excitation pure et simple des tissus avec lesquels ils sont en contact. Quelques asthénies guérissent par le repos de l'organe qui en est le siége.

### Médication stimulante indirecte.

Certaines asthénies sont symptomatiques d'irritations, et le meilleur moyen de les détruire est de faire cesser celles-ci. La médication stimulante indirecte n'est donc, en général, autre chose que celle des irritations. Cependant on stimule quelquefois la peau par des rubéfians, des caustiques, ou en la tordant, en la pinçant, etc., afin de réveiller par la douleur l'action cérébrale engourdie. C'est dans le même but aussi que l'on irrite les ouvertures des membranes muqueuses, que l'on administre des lavemens irritans, et que l'on ingère des substances très-excitantes. Telle est la thérapeutique des *syncopes* et des *asphyxies*. Enfin on frictionne quelquefois la peau des membres paralysés, avec des corps très-irritans, lorsque ces paralysies sont partielles et qu'elles paraissent avoir leur source dans une asthénie locale des nerfs de la partie. Mais c'est à ce petit nombre de cas et de moyens que se réduit toute la médication stimulante indirecte.

En parlant des médicamens spéciaux dans nos généralités sur le traitement de l'irritation, nous avons dit que plusieurs stimulent les organes sur lesquels va s'exercer leur influence. Les uns agissent sur la peau et déterminent la sueur; tels sont le sassafras, le gaïac, la squine, la salsepareille, l'ammoniaque, le soufre, le buis, la saponaire, la scabieuse, la douce amère, la bardane, le sureau, le thé, la bourrache, etc.; on les nomme *diaphorétiques* ou *sudorifiques*. D'autres provoquent le vomissement par quelque voie qu'on les administre : tels sont l'émétine, l'émétique, et la plupart des sels d'antimoine et de zinc, etc.; on les désigne sous les noms de *vomitifs*. Certains excitent les contractions du tube intestinal, en augmentent le mouvement péristaltique, alors même qu'on les applique sur la peau; on les nomme *purgatifs*. Le nombre en est considérable; nous ne citerons que la rhubarbe, le jalap, le séné, l'aloès, la coloquinte, la gomme-gutte, la scammonée, la plupart des autres purgatifs n'agissant que si on les dépose sur la membrane muqueuse digestive elle-même. Plusieurs autres médicamens nommés *diurétiques* excitent les reins, dont ils augmentent l'action sécrétoire : tels sont, le nitrate, le carbonate et l'acétate de potasse, la scille, la digitale pourprée, le colchique, l'asperge, le fraisier, le petit houx, le raisin d'ours, la pariétaire, les racines de bardane

(1) Voyez *Mémoires sur l'électro-puncture et sur l'emploi du moxa japonais*, par le chevalier Sarlandière, Paris, 1825.

et de persil, le chardon roland, etc. Il en est qui stimulent les glandes salivaires : les *sialagogues*, parmi lesquels nous citerons les racines d'angélique, de gimgembre, d'impératoire et de pirèthre, et les gérofles. On en possède un certain nombre qui accroissent spécialement l'action de l'utérus, en déterminent les contractions ou provoquent l'écoulement des règles, ce qui les a fait nommer *abortifs* et *emménagogues* ; tels sont la rhue, la sabine, l'absinthe, le safran, le seigle ergoté, etc. Enfin la noix vomique ou la strychnine stimule la moelle épinière, le café excite le cerveau et les contractions du cœur, et l'alcool irrite le cervelet. Tous ces médicamens sont donc très-utiles lorsqu'il s'agit de combattre l'asthénie des organes sur lesquels leur action stimulante s'exerce spécialement. Mais ces asthénies sont rares, ou bien elles sont symptomatiques de l'irritation d'autres parties ou de ces organes eux-mêmes, ce qui en contre-indique l'emploi ; aussi s'en sert-on bien plus fréquemment dans les irritations, comme moyens révulsifs, qu'on ne le fait dans les asthénies. Toutefois, il se présente dans la pratique des occasions d'y avoir recours contre ce dernier état morbide, et nous rappellerons que, pour obtenir l'effet qu'on s'en propose, il faut les déposer sur un estomac sain, à des doses proportionnées à l'irritabilité de ce viscère, et dans l'absence de toute inflammation des organes sur lesquels ils exercent leur action spéciale.

### Régime stimulant.

L'utilité du régime excitant se fait sentir surtout dans la convalescence des irritations aiguës et intenses, qui ont plongé les malades dans un état extrême d'asthénie ; nous le verrons aussi être le principal moyen de traitement dans plusieurs asthénies sanguines et sécrétoires ; enfin, il est souvent avantageux comme moyen prophylactique, lorsqu'il importe de contre-balancer l'influence des causes débilitantes au sein desquelles les individus se trouvent placés.

Des alimens sains, excitans et très-nourrissans, tels que les bouillons gras, les consommés, les viandes rôties, celles de bœuf et de mouton surtout ; l'usage modéré d'un bon vin, l'exercice à cheval, les exercices gymnastiques bien dirigés (1), un sommeil habituel de six à sept heures et à des heures réglées, une température chaude, l'habitation à la campagne et dans un lieu sec et un peu élevé, des vêtemens de flanelle, des frictions sèches ou aromatiques sur tout le corps, des bains frais suivis d'un court sommeil et d'un léger repas ; tels sont les bases du régime tonique. Mais l'abus est ici tout à côté de l'usage, et il faut prendre garde, en voulant donner du ton par l'usage du vin et des alimens que nous venons d'indiquer, d'exciter trop fortement l'estomac, de le fatiguer par des digestions pénibles, de l'irriter enfin ; car, bien loin d'atteindre le but qu'on se propose, on verrait infailliblement s'accroître l'état asthénique du malade. L'exercice aussi doit être pris dans une juste mesure ; on doit le faire cesser presque aussitôt que la fatigue commence ; cependant une légère fatigue est utile, elle dispose l'estomac à recevoir sans inconvénient une plus grande masse d'alimens et elle rend le sommeil plus profond et plus réparateur ; ce n'est donc que l'excès qu'il faut éviter. Il est également important de bien mesurer le sommeil au besoin de l'individu ; pour quelques hommes, ce n'est pas assez de dormir sept heures ; il faut donc leur en accorder huit ; mais rarement davantage, parce qu'un sommeil trop prolongé affaiblit au lieu de fortifier ; d'autres individus, au contraire, n'ont besoin que de cinq heures de repos. Une température trop chaude aurait aussi des inconvéniens, en ce qu'elle empêcherait le malade de se livrer à l'exercice qui lui est nécessaire, et qu'elle l'affaiblirait par l'abondance des sueurs. On s'abstient des bains frais si l'individu est beaucoup trop faible pour pouvoir les supporter, ou s'il a les poumons ou les articulations trop irritables, mais chaque fois que l'on peut en faire usage, c'est un moyen précieux qu'il ne faut pas négliger.

Toutes les asthénies ne réclament pas l'emploi du régime que nous venons d'exposer en peu de mots ; il en est qui sont tellement partielles, que des moyens locaux doivent seuls être mis en usage ; d'autres sont de trop courte durée pour qu'il soit possible de faire concourir le régime à leur traitement ; enfin, il en est quelques unes dont la nature n'est pas bien connue, et qui exigent un régime particulier que nous ferons connaître.

### Moyens thérapeutiques de l'asthénie.

Nous n'aurons que peu de mots à dire sur l'emploi des moyens thérapeutiques de l'asthénie. Il a déjà été question ailleurs des frictions, des rubéfians, et des caustiques ; l'emploi des vapeurs aromatiques ou irritantes, des linimens excitans, et de toutes les substances de même propriété est facile et n'a pas besoin d'être réglé par des préceptes ; nous n'avons donc à parler que de l'électrisation et de l'électro-puncture.

*De l'électrisation.* On pratique l'électrisation, soit par le moyen de la machine électrique ordinaire, soit avec la bouteille de Leyde, soit à l'aide de la pile voltaïque.

Plusieurs méthodes sont employées pour électriser à l'aide de la machine électrique. L'une nommée *bain électrique*, consiste tout simplement à établir la communication entre un individu isolé ou non, et le conducteur d'une machine électrique en mouvement. Dans ce mode d'électrisation, lorsque l'individu n'est pas isolé, l'effet est à peu près nul ; s'il est au contraire séparé de la terre par des corps qui ne conduisent pas le fluide électrique, s'il est placé, par exemple, sur une table supportée par des pieds de verre, ou s'il est suspendu par des cordons de soie, on voit ordinairement la circulation et la respiration s'accélérer, la perspiration s'accroître, les sécrétions et les excrétions devenir plus abondantes et plus fréquentes, et les poils du corps, y compris les cheveux, se hérisser. Chez

(1) Voyez l'excellent ouvrage de M. Londe sur la *gymnastique médicale*, Paris, 1821, et l'article que M. Bégin a consacré à cette matière dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. VIII.

quelques individus, il survient de l'agitation, des douleurs de tête et de l'insomnie. L'intensité de tous ces phénomènes dépend au reste de la constitution du malade et de la force de la machine électrique. On emploie de préférence ce mode d'électrisation lorsque l'on veut obtenir des effets généraux. Une seconde méthode, ou l'*électrisation par étincelles*, consiste à présenter l'excitateur d'une machine en mouvement aux différentes parties du corps d'un homme non isolé, ou bien à placer celui-ci sur un isoloir, et à soutirer le fluide électrique dont on l'a chargé, en lui présentant un excitateur qui communique avec le sol. Une douleur pongitive est le résultat de l'étincelle et même les muscles se contractent si cette étincelle est forte. Fréquemment réitérée, elle provoque de la rougeur et du gonflement, et va même jusqu'à escharrifier les tissus. C'est lorsque l'on veut remédier à une asthénie locale que l'on a recours à cette manière d'électriser, ainsi qu'à la suivante. Celle-ci, que l'on nomme *électrisation par pointe* ou *aigrettes*, ne diffère de la précédente que par la forme des excitateurs terminés en pointe au lieu de l'être en boule. Son action est aussi moins forte, et c'est ce qui l'a fait préférer pour électriser des organes très-sensibles, tels que les yeux, les oreilles, etc. Du reste on l'emploie de la même manière. On électrise aussi quelquefois à travers la flanelle (*électrisation par frictions*), en promenant la boule d'un excitateur très-près d'une partie recouverte d'une flanelle. Les effets sont : la sensation d'un picotement, d'un fourmillement particulier, et le développement d'une chaleur douce dans la partie ; ils sont proportionnés au volume de la boule de l'excitateur et à la distance à laquelle on la fait agir.

L'électrisation par la bouteille de Leyde s'opère en faisait toucher la boule de cet instrument avec une main nue ou armée d'un bon conducteur, et l'armature extérieure avec l'autre main. Une secousse générale, subite, plus ou moins violente suivant le degré auquel la bouteille est chargée, se fait sentir. Il faut de grandes précautions pour que cette électrisation soit sans danger ; on obtient par elle tous les effets des précédens procédés, à tous les degrés que l'on désire.

La pile voltaïque agit à peu près comme la bouteille de Leyde ; mais tandis que, par le moyen de celle-ci, la décharge et par conséquent la commotion sont instantanées, on obtient par la pile des effets continus. Tant que l'individu est en contact avec les conducteurs qui communiquent avec les deux pôles d'une pile, il éprouve des commotions rapidement successives et presque sans intervalles. La force de ces commotions est proportionnelle au nombre et à la surface des plaques ; elles produisent des contractions musculaires rapides, qui sont suivies d'un collapsus plus au moins considérable. Il faut donc user de ce moyen avec réserve ; son action est la même que celle des précédentes.

*De l'électro-puncture.* M. Sarlandière a conçu l'idée ingénieuse de faire pénétrer le fluide électrique dans la profondeur des organes, en combinant l'acupuncture et l'électrisation. Ce médecin fait placer son malade sur un isoloir, il fait un pli à la peau qui recouvre la partie sur laquelle il veut agir, en la pinçant entre le doigt médius et le pouce, il pose sur ce pli un tube de verre d'une longueur déterminée, et le fixe avec le doigt indicateur resté libre, puis saisissaissant l'aiguille qu'il juge convenable d'employer (M. Sarlandière a trois espèces d'aiguilles), il l'introduit dans le tube de verre qui lui sert de conduit et de guide, et arrivé à la peau, il en fait pénétrer la pointe en roulant entre ses doigts le manche qui la supporte, et en pressant très-légèrement. Lorsqu'il juge que la pointe a traversé la peau, il déforme son pli avec précaution, maintient toujours le tube, et continue de faire pénétrer l'aiguille jusqu'au tissu affecté. Alors il s'arrête, donne le tube à tenir au malade ou à un aide, il met l'aiguille en communication avec l'un des conducteurs d'une machine électrique, au moyen d'un fil d'or qu'il insinue dans l'œil ou l'anneau de l'aiguille, ou au moyen d'un fil de laiton, dont la grosseur est calculée sur la quantité d'électricité qu'il veut accumuler. Le plateau de la machine électrique est aussitôt mis en mouvement, et l'opérateur approche du bouton qui termine supérieurement l'aiguille, la boule ou la pointe d'un excitateur mis en communication avec le sol au moyen d'une chaîne, mais dont il s'isole en le tenant par un manche de verre pour ne pas partager les commotions. Au même instant, dit M. Sarlandière, où l'étincelle part d'un bouton pour se porter vers l'autre, le choc se communique de la pointe de l'aiguille à toutes les radicules nerveuses de la partie qu'elle touche. Les excitateurs à pointe produisent un picotement assez aigu ou de petits chocs qui ébranlent toute la partie touchée ; les grosses boules de métal donnent des commotions très-fortes qui ébranlent vivement les muscles et les tissus fibreux ; l'électromètre de Lane, gradué à une très faible décharge, donne de fortes commotions qui retentissent au loin et semblent perforer les organes : on n'a pas osé essayer la décharge d'une bouteille de Leyde. L'opération doit être répétée jusqu'au soulagement, et l'aiguille est laissée en contact de cinq à dix minutes au moins chaque fois. Nous avons déjà dit que nous ignorons le mode d'action de ce moyen thérapeutique.

# ORDRE PREMIER.

## ASTHÉNIES SANGUINES.

### De l'asthénie sanguine en général

Les maladies que nous réunissons dans cet ordre n'ont de commun entre elles que d'affecter le système sanguin. Elles sont d'ailleurs peu nombreuses, et diffèrent tellement entre elles sous plusieurs rapports, qu'elles ne prêtent à aucunes considérations générales. L'obscurité qui règne sur leur nature vient encore augmenter la difficulté. Nous passerons donc immédiatement à leur histoire particulière. Ces asthénies sont l'*anémie*, et l'*aménorrhée*.

### De l'anémie.

On nomme *anémie*, un état morbide dans lequel la quantité du sang est considérablement diminuée, et dans lequel aussi ce fluide semble avoir perdu une partie de ses qualités excitantes. Cette affection n'est souvent que le symptôme d'une maladie chronique, ou bien l'effet passager d'une hémorrhagie excessive; mais elle paraît être primitive dans quelques cas, et alors plusieurs auteurs la regardent comme une asthénie du système sanguin. Telle est, par exemple, l'opinion du savant docteur Boisseau (1).

*Causes.* Nous venons de dire que l'anémie était quelquefois le symptôme d'une affection chronique et d'autres fois la suite d'une hémorrhagie trop abondante; mais ce n'est pas de cette anémie que nous devons nous occuper. C'est à tort même que l'on donne ce nom à cette décoloration symptomatique des tissus. Depuis que les belles recherches de MM. Prévost et Dumas ont prouvé que le foie est un organe d'hétamose en même temps que de sécrétion, nous nous sommes demandé plus d'une fois si l'anémie symptomatique ne dépendrait pas plus fréquemment de l'hépatite chronique que de l'irritation chronique de tout autre organe. Nous n'avons observé qu'une fois cette anémie symptomatique, et elle existait avec une hépatite chronique. On pense que l'anémie véritable peut être produite par une alimentation insuffisante ou par l'usage de substances peu nutritives, par les grandes fatigues, par les évacuations abondantes, et par le défaut d'influence solaire et même de la lumière joint à l'humidité.

Mais on a surtout observé l'anémie sur les ouvriers d'une mine de charbon de terre d'Anzain, près de Valenciennes. Tous, sans exception, en ont été successivement atteints. Ce n'est pas au défaut d'influence solaire qu'elle y dut son développement, car les ouvriers des mines voisines en ont été exempts. On sait d'ailleurs que les hommes qui séjournent long-temps dans les cachots sombres et humides deviennent scrofuleux et surtout scorbutiques, mais non pas anémiques. La galerie qui fut le foyer de la maladie était, il est vrai, plus longue que les autres, et l'air s'y renouvelait plus difficilement, mais on pratiqua des ouvertures pour remédier à ce dernier inconvénient, et la maladie n'en continua pas moins à s'y manifester. Mais on analysa cet air, on y trouva du gaz hydrogène sulfuré et du gaz acide carbonique, et l'on pensa que c'était à la présence de ce gaz funeste qu'il fallait attribuer la maladie. Enfin, l'analyse fit encore reconnaître la présence de l'hydrogène sulfuré dans de l'eau qui filtrait à travers la mine et dont quelques malades avaient bu. Il est donc très-probable que l'anémie d'Anzain fut produite par ce gaz délétère, et par celui-là seul, car les symptômes de la maladie n'ont aucun rapport avec les effets connus de l'acide carbonique. L'action stupéfiante et continue de cet agent sur le sang et sur les principaux organes de l'hématose, le cœur, les poumons et le foie, a dû nécessairement diminuer les qualités stimulantes du liquide circulatoire et sa quantité.

*Symptômes, marche*, etc. Le principal symptôme de l'anémie consiste dans la décoloration des tissus et la disparition des vaisseaux sanguins sous-cutanés. La pâleur de la peau est extrême, et les membranes muqueuses visibles la partagent; on cherche vainement sur toute leur surface quelques traces des vaisseaux sanguins qu'on y observe dans l'état normal; la conjonctive et la membrane muqueuse de la bouche en sont elles-mêmes dépourvues. A la face, la peau prend, en général, une teinte analogue à celle de la cire jaunie par le temps; mais cela n'est pas constant, et nous l'avons vue d'une pâleur tout-à-fait cadavérique. A ces symptômes se joignent un peu de bouffissure du visage, une faiblesse extrême, de l'anxiété, des palpitations et de l'essoufflement par le moindre exercice, des sueurs et des urines abondantes, quelquefois du dévoiement, l'impossibilité de porter la moindre attention à un sujet quelconque, des sifflemens d'oreilles, des défaillances, des syncopes, et un dépérissement continuel. Chez les ouvriers de la mine de charbon de terre d'Anzain, l'anémie était précédée, pendant dix à douze jours, par des coliques violentes, du météorisme, des déjections noires ou vertes, de la dyspnée, des palpitations et une grande faiblesse. L'anémique, sur laquelle nous avons reconnu une maladie du foie, a présenté toute cette série de symptômes. Cette maladie est assez grave; les rechutes sont faciles, et la mort survient quelquefois dans une syncope.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve toutes les veines et les artères vides de sang coloré, et contenant un peu d'un liquide séreux; les chairs ne laissent écouler aucune goutte de sang à la section, et les cadavres semblent être de cire.

Hallé a trouvé sur un cadavre la chair du cœur pâle et comme si elle eût été macérée et lavée, ses parois étaient mollasses et ses colonnes charnues grêles; il ne s'écoula de ses cavités aucune goutte de sang rouge; le ventricule gauche con-

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tom. I, article ANÉMIE.

tenait un caillot pâle comme la chair du cœur. Les autres lésions que présenta le cadavre n'ayant rien de commun avec la maladie qui nous occupe, ne doivent pas être décrites ici.

*Traitement.* Le traitement de cette affection consiste dans l'emploi des toniques, des ferrugineux, des alimens très-nourrissans, des viandes rôties, et dans un exercice modéré. La limaille de fer, à la dose d'un gros par jour, combinée avec d'autres toniques, est le moyen qui compte le plus de succès. Lorsqu'elle est symptomatique d'une affection chronique, c'est contre celle-ci que doivent se diriger tous les efforts du médecin; mais on sent que les saignées locales doivent être écartées d'un tel traitement; elles seraient probablement mortelles.

Cependant, lorsque l'anémie est accompagnée de symptômes d'irritation gastro-intestinale, il ne faut pas non plus prescrire le traitement stimulant que nous venons d'indiquer, il aggraverait les symptômes au lieu de les diminuer. Pourrait-on, en pareil cas, recourir aux saignées locales? cela ne serait pas prudent; mais on ne devrait pas négliger l'emploi des autres moyens antiphlogistiques conseillés contre la gastro-entérite.

## De l'aménorrhée.

On nomme *aménorrhée*, le défaut d'écoulement des règles. Cet état n'est souvent qu'un symptôme que l'on a érigé en maladie chaque fois que l'on n'a pas pu remonter à sa cause. Ainsi, chez les jeunes filles, la non-apparition des règles est très-fréquemment due à l'existence de la phlegmasie chronique d'un organe important, ordinairement l'estomac ou le poumon. Il en est encore de même à toutes les époques de la vie, jusqu'à l'âge critique; et, chez les femmes mariées, la phlegmasie chronique de l'utérus lui-même en est une des causes les plus fréquentes. Mais quelquefois l'aménorrhée dépend du manque d'activité vitale de l'utérus; elle est parfois le résultat du défaut de nourriture suffisante, de la faiblesse générale de l'individu; enfin, l'anémie et la chlorose en sont presque toujours accompagnées; c'est de cette aménorrhée que nous devons principalement nous occuper.

*Causes.* Un tempérament lymphatique et une constitution molle et détériorée sont les prédispositions ordinaires de l'aménorrhée. Cependant les auteurs rangent aussi le tempérament nerveux parmi les causes prédisposantes de cette affection, de même qu'ils mettent au nombre de ses causes productrices, l'abus des liqueurs spiritueuses, les jouissances vénériennes trop répétées, et beaucoup d'autres causes excitantes. Cela tient, ainsi que nous l'avons déjà dit, à ce que l'on a toujours confondu l'aménorrhée, qui est le symptôme d'une irritation méconnue, avec l'aménorrhée véritablement asthénique. Les causes de celle-ci sont presque toujours : d'abord cet état général de faiblesse, ou d'anémie, ou de chlorose, dont nous avons déjà parlé; ensuite l'air humide et sombre, la mauvaise nourriture, l'usage des boissons acides, le défaut d'exercice, l'obésité, l'habitation dans ces lieux bas, sombres, humides, marécageux, les travaux forcés, les veilles prolongées, le célibat. Lorsque l'aménorrhée survient tout à coup, c'est-à-dire lorsque les règles se suppriment subitement pour ne plus reparaître, c'est presque toujours une cause accidentelle qui la produit. Les plus fréquentes sont l'impression du froid, soit par l'immersion des pieds ou des mains ou de tout le corps dans l'eau froide, soit par l'ingestion d'une boisson froide ou le passage à un air très-frais tandis que le corps est en sueur; toutes les vives douleurs, une impression morale un peu forte, et surtout la frayeur, ou le chagrin, ou la colère; une saignée, une hémorrhagie; l'emploi d'un purgatif, d'un émétique, ou de tout autre médicament irritant. Pour produire l'aménorrhée, l'action de ces dernières causes doit s'exercer, ou pendant l'écoulement des règles, ou à leur approche; les premières, au contraire, la font ordinairement naître lentement, et souvent en diminuant à chaque période menstruelle l'écoulement du sang.

*Symptômes*, *marche*, etc. Les symptômes de l'aménorrhée consistent uniquement dans la diminution graduelle de l'écoulement menstruel, ou dans sa suppression subite. Assez ordinairement les malades sont pâles et éprouvent de temps à autre des troubles légers, tantôt d'une fonction et tantôt d'une autre. Quelquefois, à l'époque où les règles devraient couler, il se manifeste de la chaleur et de la douleur dans les régions hypogastrique et lombaire, de la pesanteur dans le bassin, des douleurs utérines qui ont le caractère des tranchées, et un gonflement plus ou moins considérable du ventre et des mamelles; mais le défaut d'écoulement des règles est le seul symptôme constant, et seul il caractérise la maladie.

L'écoulement des règles est une fonction si importante qu'il ne peut éprouver un retard prolongé chez la jeune fille pubère, se suspendre ou s'arrêter chez la femme déjà réglée, sans qu'une irritation plus ou moins intense ne finisse par se manifester. Alors les symptômes de cette affection se joignent aux précédens; il en est de même dans les cas ou l'aménorrhée est symptomatique; et comme ces irritations, causes ou effets de l'aménorrhée, peuvent avoir leur siége dans tous les tissus, il en résulte que le défaut d'écoulement des règles a été observé avec toutes les maladies de notre classe précédente.

On peut quelquefois prendre l'aménorrhée pour un état de grossesse *et vice versâ*. Comme il n'existe que deux signes positifs de grossesse, qui sont le ballottement et le mouvement spontané de l'enfant, perçus par le toucher, c'est la présence ou l'absence de ces signes qui établit le diagnostic. M. de Kergaradec y joint deux autres symptômes fournis par le stéthoscope; ce sont, les battemens du cœur de l'enfant, et un bruit de soufflet au point d'insertion du placenta Nous avons plusieurs fois entendu très-distinctement ces bruits; mais, dans quelques cas, nous avons vainement cherché à les découvrir. Nous pensons toutefois que l'on ne doit pas négliger ce moyen de diagnostic.

L'aménorrhée est peu grave lorsqu'elle est récente et sans complication; mais lorsqu'elle est

ancienne, et surtout lorsqu'elle accompagne une irritation chronique dans un organe quelconque, elle cesse d'être une maladie légère. Il est vrai que le danger vient plutôt de l'irritation concomitante que de l'aménorrhée, et qu'il se mesure par l'ancienneté et l'intensité de cette irritation, et par l'importance du tissu qu'elle occupe; mais l'aménorrhée est aussi pour quelque chose dans le pronostic : elle le rend toujours plus grave, car une irritation qu'accompagne l'aménorrhée présente moins de chances de guérison qu'une autre irritation d'égale intensité avec laquelle l'écoulement des règles n'est pas suspendu.

*Traitement.* Lorsque l'aménorrhée est symptomatique, le meilleur moyen de la faire cesser est sans contredit de détruire l'irritation qui la produit; mais comme l'absence de cette évacuation sanguine naturelle augmente toujours l'intensité de l'irritation et les chances défavorables à la cure, et qu'en outre son rétablissement peut devenir la cause de la guérison, il est toujours utile de chercher en même temps à la rétablir. A cet effet, aux moyens propres à guérir l'irritation qui est la cause du désordre, on joint les pédiluves irritans, les sangsues appliquées à la vulve, en petit nombre, et tous les mois, aux époques menstruelles, la vapeur de l'eau chaude ou du vinaigre dirigée vers l'utérus. Ce sont à peu près là les seuls moyens auxquels il convienne d'avoir recours; car tous les emménagogues, tels que le safran, la rhue, la sabine, l'absynthe, l'armoise, les préparations ferrugineuses, les pilules bénites de Fuller, celles de Rufus, etc.; et les drastiques, comme l'ellébore et l'aloès; tous ces agens, disons-nous, sont irritans et pourraient exaspérer la maladie principale. On peut cependant les employer, mais avec prudence, lorsque les voies digestives sont saines; il faut au contraire s'en abstenir lorsque la membrane muqueuse gastro intestinale est irritée, et lorsque l'utérus lui-même est malade. La même conduite est à tenir dans le cas de suppression subite des règles, c'est-à-dire qu'il faut tout à la fois attaquer l'irritation qui en est la suite et chercher à rappeler la fluxion vers l'utérus. Cependant, s'il ne résulte pas un état morbide bien prononcé de la suppression de cet écoulement, la prudence commande de ne rien faire, pour ne pas s'exposer à détruire une grossesse commençante, que la malade ignore ou qu'elle a intérêt à cacher. Quelquefois l'aménorrhée dépend d'un état extrême d'irritabilité, sans qu'il existe un point spécial d'irritation; elle cède alors aux bains tièdes, aux boissons délayantes, à de légers narcotiques, à quelques antispasmodiques, à l'usage d'alimens doux, de végétaux, de viandes blanches, etc., et à l'abstinence de stimulans de toute espèce, et quelquefois à une seule saignée du bras ou du pied. M. Fabre a employé avec succès en pareil cas l'acétate de morphine. MM. Masuyer, J. Cloquet, et Patin, ont eu recours avec avantage aussi à l'acétate d'ammoniaque à la dose d'un à deux gros par jour dans de l'eau sucrée.

Mais ces moyens ne peuvent pas être employés contre l'aménorrhée asthénique; c'est au traitement stimulant qu'il faut avoir recours. Si la malade est molle, lymphatique, d'une constitution détériorée, si elle habite un lieu sombre, froid et humide, si elle se nourrit mal, etc., il faut la fortifier par une alimentation saine mais stimulante, et par quelques toniques médicamenteux, tels que les amers, le quinquina, etc.; la placer dans un air vif, sec et imprégné de lumière et de calorique; la revêtir de flanelle appliquée sur la peau, lui pratiquer des frictions sèches sur tout le corps, et la contraindre à se livrer à un exercice modéré, celui du cheval ou de la danse principalement, si cela est possible. Ces moyens n'ont en général pas besoin d'être secondés dans ce cas par l'emploi des emménagogues; mais quand l'aménorrhée asthénique est accidentelle, ce n'est que de la combinaison des uns et des autres qu'il faut attendre la cure. Nous ne déroulerons pas la liste si longue de tous les moyens conseillés dans ce but, nous en avons d'ailleurs déjà cité une partie; nous dirons seulement que, pour en obtenir de bons effets, il faut n'y avoir recours qu'aux époques où les règles devraient reparaître; et, si ces époques ne sont pas connues, les employer tous les mois, pendant trois à quatre jours. Il serait inutile de fatiguer les malades dans les intervalles par une médication intempestive, et de graves inconvéniens pourraient en résulter.

Parmi les moyens propres à faire cesser l'aménorrhée asthénique, ceux qui agissent localement nous paraissent devoir mériter la préférence sur tous les autres. Nous citerons les applications de sangsues aux époques connues ou présumées du retour des règles, à la vulve, aux aines, ou à la partie supérieure des cuisses, en petit nombre, et dont on arrête le sang des piqûres immédiatement après leur chute; les ventouses sèches ou scarifiées, à l'hypogastre, aux lombes, aux aines, ou aux cuisses; les vapeurs chaudes et excitantes, dirigées à l'aide d'un entonnoir jusque sur l'utérus; les injections de même nature, les fumigations aromatiques, les lavemens âcres, les pessaires irritans, et le coït.

Une saignée du bras ou du pied fait quelquefois cesser immédiatement l'aménorrhée; c'est lorsque la femme éprouve à un haut degré les effets de la pléthore. Pour être efficace, cette saignée doit être pratiquée dans les derniers jours qui précèdent l'époque du retour présumé des règles. Ce moyen nous a toujours paru l'un des plus constans dans ses effets; la saignée du pied ne nous semble pas l'emporter sur celle du bras, bien que beaucoup de médecins pensent le contraire.

# ORDRE DEUXIÈME.

## ASTHÉNIES NERVEUSES.

### De l'asthénie nerveuse en général.

Les asthénies nerveuses sont beaucoup plus nombreuses que les asthénies sanguines. Toutes les paralysies, c'est-à-dire tous les cas d'abolition du mouvement ou de la sensibilité d'un organe ou d'un tissu, ou de ces deux actions vitales en même temps, en font partie. Cependant il n'y faut pas comprendre ces asthénies ou paralysies du système musculaire, que nous avons vu dépendre de plusieurs irritations, comme la cérébrite, la myélite, l'apoplexie, la catalepsie, l'épilepsie, l'arachnoïdite et l'hydrocéphale; dans tous ces cas, l'asthénie n'est qu'un symptôme. La seule espèce de paralysie qui doive y trouver place, est celle qui consiste dans la diminution ou la cessation d'action des extrémités nerveuses sensitives ou motrices. Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile de distinguer cette paralysie en quelque sorte essentielle, de celle qui est symptomatique d'un état morbide du système cérébro-spinal. C'est en général par l'étendue qu'elle occupe que l'on juge de sa nature. Si elle est bornée à un sens, à une fonction, ou à quelques muscles seulement, il est presque certain qu'elle est idiopathique ou primitive, à moins qu'une compression ou une blessure quelconque des nerfs principaux de la partie, n'explique suffisamment son peu d'étendue. Si au contraire elle occupe tout un membre, ou plusieurs organes, ou tout un côté du corps, elle est presque toujours symptomatique d'une lésion du système cérébro-spinal. Dans un cas comme dans l'autre, l'absence ou l'existence de phénomènes cérébraux ou rachidiens concourent à éclairer le diagnostic.

Nous ne décrirons pas l'asthénie nerveuse dans chacun des siéges qu'elle peut occuper; qu'il nous suffise de dire que dans tous les tissus, elle consiste dans la diminution ou la perte totale du mouvement ou de la sensibilité, ou de ces deux actions vitales à la fois, et que partout le traitement général de l'asthénie lui est applicable. Nous ne l'examinerons donc que dans les organes principaux, et pour mettre quelque ordre dans l'étude de ces asthénies, nous les partagerons en *asthénies du sentiment*, *asthénies du mouvement*, *et asthénies de l'intelligence.* Dans une quatrième division, nous placerons les asthénies qui portent sur ces trois grandes fonctions à la fois. La première comprendra l'*héméralopie*, l'*amaurose*, le *glaucome*, la *surdité*, l'*anosmie*, la *perte du goût*, l'*anaphrodisie*, la *chlorose*, et l'*anesthésie générale* ou *partielle*. Dans la seconde nous étudierons l'*aphonie*, l'*asthénie de l'estomac*, l'*asthénie intestinale*, l'*asthénie de la vessie*, l'*asthénie du rectum*, l'*inertie de l'utérus*, l'*asthénie des organes génitaux* et les *paralysies du mouvement.* La troisième renfermera le *collapsus cérébral*, la *démence* et l'*idiotie.* Enfin nous rangerons dans la quatrième la *congélation*, la *syncope*, l'*asphyxie* et les *paralysies simultanées du mouvement et du sentiment.*

### *Asthénies du sentiment.*

#### De l'héméralopie.

On désigne sous le nom d'*héméralopie* une affection assez singulière, qui consiste dans l'impossibilité de distinguer les objets avant le lever et après le coucher du soleil, avec cette particularité remarquable que la perception commence avec l'apparition de cet astre et cesse aussitôt qu'il s'abaisse au dessous de l'horizon, quelques brillans que soient les crépuscules, et qu'elle est parfaite pendant tout le jour, malgré la présence de brouillards ou de nuages. On rapporte des exemples d'individus qui ont dû à cette maladie la faculté de reconnaître l'instant précis où le soleil s'élève au dessus ou s'abaisse au-dessous de l'horizon, dans les temps les plus nébuleux et lorsque ce passage est inappréciable pour tous les autres hommes. Mais on a beaucoup exagéré la fréquence de ces faits, et, dans le plus grand nombre des cas, l'héméralopie consiste tout simplement dans une diminution plus ou moins considérable de la faculté de voir, se faisant remarquer le matin, le soir, et dans les temps brumeux. On pense généralement qu'elle dépend de la diminution de l'irritabilité de la rétine; Scarpa la regarde comme un premier degré de l'amaurose; cette opinion nous paraît fondée. Elle s'est quelquefois montrée d'une manière épidémique; dans certains lieux, elle est endémique.

*Causes.* Elles sont fort peu connues. Le froid, l'humidité et les émanations marécageuses paraissent être les principales, mais elles ne suffisent pas pour en expliquer la production; la masturbation et les excès vénériens l'occasionent quelquefois; enfin, elle est dans quelques cas le symptôme d'une irritation gastrique, d'un état continu de congestion cérébrale, et plus fréquemment l'effet des diverses maladies des parties qui concourent à la vision.

*Symptômes*, *marche*, etc. Aux symptômes caractéristiques que nous avons indiqués en définissant la maladie, il faut joindre la dilatation de la pupille, et quelquefois de la douleur et de la pesanteur de la tête qui augmentent vers le soir, et des vertiges. Les humeurs de l'œil conservent en général toute leur transparence, et l'on ne découvre dans les autres parties constituantes de cet organe aucune trace manifeste de lésion. Sa durée n'est ordinairement que de quelques jours à trois à quatre mois, mais elle est sujette à récidiver tous les ans à la même époque.

*Caractères anatomiques.* Ils ne sont pas connus, et si la maladie consiste réellement dans une asthénie de la rétine ou du nerf optique, ils seront peut-être toujours inappréciables.

*Traitement.* Lorsqu'il existe des signes de pléthore ou de congestion cérébrale, c'est en les faisant disparaître par les moyens connus que l'on détruit l'héméralopie. On la fait disparaître assez promptement par l'emploi d'un émétique, lors-

qu'elle accompagne la nuance d'irritation gastrique que les auteurs nomment *embarras gastrique*, et dont les symptômes ont été exposés ci-devant (pag. 157 art. *Gastro-entérite.*) Ce moyen réussit lorsque les voies digestives sont exemptes d'irritation, mais il faut en répéter l'emploi et en seconder l'effet par des décoctions sudorifiques de gaïac, de sassafras, de squine et de salsepareille, et par l'application d'un vésicatoire à la nuque. On y joint aussi avec avantage l'usage des purgatifs, que l'on alterne et que l'on combine avec l'émétique. Cette médication énergique est souvent suivie de succès, mais il importe en l'employant de prendre garde à ne pas porter l'irritation révulsive de la membrane muqueuse gastro-intestinale jusqu'au degré de l'inflammation. Enfin, on dirige en même temps vers les yeux, du gaz ammoniac, du gaz acide sulfureux, des vapeurs éthérées, et en général toutes les vapeurs excitantes. M. Demours a essayé dans quelques cas le sulfate de quinine, mais toujours sans succès.

## De l'amaurose.

On désigne sous le nom d'*amaurose*, toute perte complète ou presque complète de la vue, avec immobilité de la pupille, qui ne dépend pas d'une altération appréciable de l'œil ou des diverses parties qui le composent; on l'appelle aussi *goutte sereine*. Elle est le plus généralement produite par une paralysie de la rétine ou du nerf optique, quelquefois par l'atrophie de ce nerf, et celle-là seule mérite le nom d'amaurose. Mais elle dépend quelquefois aussi d'une congestion cérébrale, d'une accumulation de sérosité dans les ventricules, d'un état morbide du cerveau, ou de ses membranes, ou même des os du crâne, principalement de ceux qui concourent à former les orbites. Dans tous ces cas, elle n'est plus que le symptôme d'une autre affection qui se décèle ordinairement par d'autres phénomènes morbides. Quelquefois cependant, il est difficile et même impossible de la distinguer alors de la véritable amaurose, de celle qui reconnaît pour cause la paralysie de la rétine ou du nerf optique, de celle en un mot qui seule doit nous occuper ici. Elle est continue ou intermittente.

*Causes.* L'amaurose est quelquefois héréditaire, et dans ce cas, presque toujours incurable. On l'observe assez fréquemment chez les vieillards, dont les yeux ont été habituellement et depuis longtemps fatigués par une lumière trop vive, par l'éclat des métaux incandescens ou d'autres corps brillans; par la chaleur ardente du feu, par la réflexion de la lumière dans les pays couverts de neige ou de sables brûlans, par les travaux à la loupe, par les veilles prolongées, et par les vapeurs âcres. Elle succède fréquemment aussi à l'ophthalmie chronique prolongée. La masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les saignées trop souvent répétées, les salivations et les suppurations excessives, les chagrins prolongés, la frayeur, l'usage de mauvais alimens, et l'habitation dans des lieux humides, froids et obscurs, font quelquefois naître cette affection. Mais quelque autre cause cachée contribue sans doute à sa production dans ces cas; car, loin de se développer nécessairement sous ces influences, ce n'est que chez le plus petit nombre des individus qui y sont soumis qu'on la voit survenir. Une dame a été saignée par l'un de nous, plus de trente fois dans l'espace de quatre ans, elle nous assure l'avoir été au moins une soixantaine de fois par les médecins qui lui ont donné des soins avant nous, et cependant sa vue n'est nullement affaiblie. Toutefois nous ne nions pas l'action de ces causes. L'amaurose est encore produite par les émanations des fosses d'aisance, par le seigle ergoté, et momentanément par l'application de l'extrait ou du suc de belladone autour de l'œil, sur cet organe lui-même, ou sur des plaies, et par l'ingestion des feuilles ou des baies de cette plante. On l'a vu quelquefois être l'effet sympathique du séjour de mucosités, de bile, ou de vers dans les voies digestives. Elle suit parfois chez les femmes les accès d'hystérie; elle se montre pendant la grossesse; quelques hypochondriaques en présentent des exemples; elle accompagne comme symptôme quelques irritations encéphaliques intermittentes; enfin, on l'a vue sympathiquement déterminée par des calculs dans la vessie ou dans l'urètre; dans tous ces cas, elle est en général intermittente.

Les auteurs rangent encore parmi les causes de l'amaurose la suppression de la sueur, ou d'un écoulement purulent ancien et habituel; les convulsions, la disparition trop prompte de la gale, de la teigne, des dartres, des arthrites rhumatismales ou goutteuses, et la syphilis. Mais il est probable qu'alors la cécité n'est que le symptôme d'une inflammation chronique du cerveau ou de ses membranes, ou du nerf optique, ou de la rétine, ou de l'une des parties constituantes de l'œil. Un état considérable de pléthore, les congestions cérébrales, les violens éternuemens et l'ivresse, la déterminent quelquefois; mais presque toujours passagère. Enfin, on a décrit sous le nom d'amaurose symptomatique, celle qui résulte de l'oblitération ou de la dilatation de l'artère optique, de la dégénérescence osseuse ou fibreuse de la rétine, de l'inflammation suivie de la suppuration du nerf optique; de sa désorganisation cancéreuse ou fibreuse, et de la plupart des lésions du cerveau ou de ses membranes, ayant leur siége derrière la fosse sphénoïdale; enfin celle qui est produite par les plaies ou les contusions de la région sourcilière, les plaies ou les contusions de l'œil lui-même, les plaies pénétrantes dans l'orbite ou dans le cerveau, et par les coups violens sur le crâne. C'est à tort que l'on nomme amaurose la cécité produite par ces lésions, ou bien il faudrait appeler de ce nom toute perte de la vue quelle qu'en fût la cause, ce qui serait absurde. Il est vrai que souvent, dans ces cas, la maladie dont la cécité n'est que le symptôme, ne peut pas être reconnue pendant la vie, et qu'alors rien ne distingue cette amaurose de celle qui dépend de la paralysie de la rétine ou du nerf optique.

*Symptômes et marche.* L'invasion de l'amaurose est quelquefois subite, mais le plus ordinairement cette maladie se forme avec lenteur. Elle débute, tantôt par un seul œil, et tantôt elle les envahit tous les deux en même temps; dans le premier cas, si l'on n'en arrête de bonne heure les progrès, elle ne tarde pas à affecter l'autre œil. Lorsque l'invasion de l'amaurose est subite, la vue se perd tout à

coup, la pupille reste dilatée et immobile, et le cristallin et le corps vitré conservent leur transparence. Quand au contraire la maladie se forme graduellement, la vue s'affaiblit peu à peu, la vision des corps éloignés ou peu éclairés commence à être moins distincte, les malades croient sans cesse voir voltiger des filamens ou des insectes, les objets ne leur apparaissent bientôt qu'à travers un brouillard ou couverts de taches obscures, la pupille se dilate, l'iris perd peu à peu sa mobilité, et l'œil affecté est quelquefois un peu dévié de l'axe visuel. La pupille conserve ordinairement sa forme, mais dans quelques cas elle est déformée; quelquefois elle reste resserrée et étroite, d'autres fois sa dilatation est extrême, tantôt son immobilité est complète, et tantôt elle conserve encore quelques légers mouvemens, quoique la vue soit entièrement éteinte. Ce dernier phénomène n'a lieu que lorsque l'amaurose n'affecte qu'un seul œil ou les affecte inégalement : alors l'iris de l'œil totalement insensible à la lumière suit sympathiquement les mouvemens que conserve celui de l'œil sain ou qui n'est pas complètement insensible. Lorsque l'amaurose est complète, les yeux perdent toute expression, et les paupières restent immobiles à l'approche des corps étrangers.

Pour s'assurer de l'existence de l'amaurose, il faut examiner les yeux au grand jour, en face et par le côté, afin de connaître l'état des membranes et des humeurs, et les faire passer alternativement du grand jour à l'obscurité, en abaissant et élevant tour à tour les paupières supérieures, afin de savoir si l'iris exécute encore quelques mouvemens. Si la contraction permanente de la pupille ne permettait pas de bien examiner le cristallin et le corps vitré, on devrait la faire cesser en appliquant l'extrait de belladone sur l'œil; on pourrait au contraire, lorsqu'elle est très-dilatée et le cristallin opaque, s'assurer par l'électricité si l'iris est encore mobile. Dans le plus grand nombre de cas, les malades éprouvent un sentiment de chaleur ou de tension dans l'œil, dans la région sourcillière ou l'intérieur du crâne, avant que l'affaiblissement de la vue soit bien marqué, et ces sensations s'évanouissent ou diminuent dès que la vue est abolie, mais quelquefois aussi la maladie se déclare sans avoir été précédée par aucun de ces phénomènes.

Il existe une variété singulière de l'amaurose; elle consiste dans un trouble de la vision tel, que les malades ne voient que la moitié des objets qu'ils examinent. Chez d'autres individus, les objets sont vus en entier tant qu'ils restent placés dans la direction de l'axe visuel; mais si ces corps se déplacent, si c'est une personne, par exemple, et qu'elle marche, il semble au malade qu'elle passe derrière un écran qui lui en dérobe graduellement la vue, bien avant qu'elle soit sortie du champ de vision le plus borné. Chez certains, l'œil ne peut apercevoir que la moitié supérieure, inférieure, ou l'une des moitiés latérales des objets. Ces variétés de l'amaurose, qui paraissent dépendre de la paralysie d'une portion de la rétine, ont reçu le nom d'*hémiopie*.

Tous les auteurs parlent de la complication de l'amaurose avec l'ophthalmie interne, l'iridite, l'hydrophthalmie, la cataracte, etc.; mais il est évident qu'ici la cécité n'est que le symptôme d'une autre maladie. Cependant il est possible que cette affection existe quelquefois avec celles que nous venons de nommer; mais le diagnostic en est alors à peu près impossible (voyez *Cataracte*). M. Marjolin parle d'une complication très-rare, qui consiste dans la présence de bosselures bleuâtres et demi-transparentes, situées tout autour de la cornée et sous la partie antérieure de la sclérotique qu'elles soulèvent et amincissent. Elles contiennent un fluide limpide, et font saillie d'une ligne environ. Ouvertes, le liquide qu'elles contiennent s'écoule, mais sans que la vue soit améliorée, et elles se reproduisent promptement.

*Durée, terminaisons et pronostic.* L'amaurose se dissipe quelquefois en quelques jours, mais ces cas heureux sont rares, et le plus ordinairement sa durée est longue; souvent même elle dure toute la vie. Plus les désordres qui l'accompagnent sont considérables et plus elle est grave. Lorsqu'elle est très-ancienne, lorsque la pupille est déformée ou extrêmement dilatée, et lorsqu'on aperçoit au fond de l'œil une teinte blanchâtre ou grisâtre, l'amaurose est ordinairement au-dessus des ressources de l'art.

*Caractères anatomiques.* Ceux de l'amaurose véritable ne sont pas connus, et si cette affection consiste dans la paralysie de la rétine ou du nerf optique, comme il est permis de le croire, il sera long-temps difficile et peut-être impossible d'apprécier les changemens d'organisation dont elle dépend. Quant aux autres lésions que l'on rencontre souvent à sa suite, ce sont celles de toutes les maladies profondes des organes de la vision ou de l'encéphale. (Voyez *Iridite*, *Ophthalmie interne*, *Hydrophthalmie*, *Glaucome*, *Cataracte*, etc.)

*Traitement.* Le traitement de l'amaurose est varié comme les désordres dont elle dépend; quelquefois il est rationnel, mais plus fréquemment encore empirique. La difficulté de distinguer dans un grand nombre de cas, l'amaurose réelle de celle qui n'est que le symptôme d'une autre maladie, va nous forcer à en tracer la thérapeutique pour tous les cas.

Au début de la maladie, chez les individus pléthoriques, lorsque le visage est fortement coloré et le pouls plein et dur, et quand il existe de violentes douleurs de tête, des vertiges, des tintemens d'oreilles, avec battement des artères temporales et pulsations dans les yeux et le fond des orbites, on dissipe assez ordinairement l'amaurose, en détruisant la congestion cérébrale qui la produit, par la saignée de la temporale, de la veine jugulaire, du bras ou du pied, et dans les cas de moindre intensité, par des applications de sangsues aux tempes, aux narines, derrière les oreilles, à la nuque, et à la vulve ou à l'anus lorsque la maladie a succédé à la suppression des menstrues ou du flux hémorrhoïdal. Les ventouses scarifiées, aux tempes, sur le front et la nuque, concourent efficacement à la guérison. On doit en même temps mettre le malade à un régime non stimulant et à l'usage des boissons émollientes, et tenter d'opérer une révulsion sur les voies digestives par de légers purgatifs, et sur les extrémités inférieures par les pédiluves irritans.

Lorsque ces premiers moyens sont impuissans, ou bien lorsqu'en raison de l'absence des signes de congestion cérébrale ou d'irritation forte de l'œil, on n'a pas jugé à propos d'y avoir recours, il faut employer les vésicatoires et mieux les cautères ou les sétons à la nuque, et en entretenir longuement la suppuration. Que si ces moyens échouent, on doit appliquer des moxas sur les tempes, ou sur le trajet du nerf sourcilier ou vers l'angle supérieur de l'occipital. On peut remplacer les moxas par toute autre cautérisation et spécialement par l'emploi de la pommade ammoniacale. Les purgatifs sont toujours utiles pour seconder l'action de ces moyens, si les voies digestives sont saines. On peut aussi exciter la membrane muqueuse des fosses nasales par le tabac et même par des poudres sternutatoires.

Tel est le traitement de l'amaurose symptomatique d'une autre affection; mais lorsqu'elle dépend de l'asthénie du nerf optique ou de la rétine, c'est aux moyens excitans qu'il faut avoir recours pour la dissiper. Le baume de Fioraventi, le gaz acide sulfureux, le gaz ammoniac, la vapeur d'éther phosphoré, l'électricité et le galvanisme, tels sont les principaux de ces moyens.

Enfin, on est très-souvent réduit à l'emploi empirique d'une foule de médicamens pour détruire cette affection. C'est ainsi que le tartrate d'antimoine et de potasse, donné comme vomitif, a souvent produit des guérisons très-rapides; que l'on en a aussi obtenu par les eaux minérales hydrosulfureuses ou ferrugineuses à l'intérieur ou en douches, par les décoctions ou les extraits de houblon, de gentiane ou de quinquina, le musc, le camphre, la valériane, l'huile animale de Dippel, l'esprit de corne de cerf succiné, l'infusion très-forte d'arnica, son extrait, l'éther phosphoré, les préparations mercurielles unies aux sudorifiques, l'extrait de ciguë, les pilules de Méglin, l'extrait et la poudre d'aconit, les préparations antimoniales, l'extrait de pulsatille noire, et celui de clématite. Les auteurs ont fait de grands efforts pour préciser les indications de ces médicamens; le *rhumatisme*, la *goutte*, les *scrofules*, la *syphilis* etc., ont été tour à tour mis par eux en jeu pour en commander l'emploi ou en expliquer les bons effets, mais avec si peu de succès, que tous sont encore réduits aujourd'hui à passer de l'un à l'autre sans guide et sans choix. Ce tâtonnement et l'administration d'agens aussi énergiques que quelques uns de ceux que nous venons de citer, sont sans danger tant que les voies digestives restent impassibles; mais aussitôt qu'elles s'irritent, il faut immédiatement suspendre ces médicamens et prescrire des adoucissans.

## Du glaucome.

Les auteurs ne sont pas même d'accord sur la maladie qu'ils désignent par le nom de *glaucome*. Dans l'origine, il a été employé pour exprimer la coloration de la pupille en vert d'eau de mer avec affaiblissement ou perte de la vue, et d'après son étymologie on aurait dû lui conserver ce sens: mais tandis que quelques oculistes s'en servent pour désigner l'opacité du cristallin, son dessèchement et sa coloration en vert *glauque*, d'autres l'appliquent à l'opacité de la cornée transparente, ceux-ci à l'obscurcissement de l'humeur vitrée avec paralysie de la rétine, ceux-là à cette même paralysie jointe à toute espèce de cataracte, enfin M. Demours la définit: une inflammation du périoste orbitaire, de la membrane muqueuse qui revêt les sinus frontaux, des capillaires sanguins et lymphatiques du globe, suivie de paralysie de la rétine et du nerf optique, de désorganisation du corps vitré et d'opacité du cristallin, et qui entraîne constamment la perte de la fonction de l'œil affecté. Toutefois, l'opinion la plus générale est que le glaucome consiste dans l'obscurcissement de l'humeur vitrée, entraînant consécutivement l'opacité du cristallin et la paralysie de la rétine et du nerf optique, et que l'irritation des diverses parties de l'œil est constamment le point de départ de ces désordres.

*Causes*. Ce sont à peu près les mêmes que celles de l'amaurose. Les contusions du globe de l'œil, les chutes, l'impression de l'air frais pendant la nuit, les émotions vives, les ophthalmies violentes et répétées, la disparition subite de l'arthrite rhumatismale ou goutteuse, et la suppression des règles et du flux hémorrhoïdal, ont quelquefois été suivies de glaucome, mais les causes en restent fréquemment inconnues.

*Symptômes*, *marche*, *terminaisons et pronostic*. Au début, la maladie n'affecte ordinairement qu'un seul œil. Le malade voit d'abord un brouillard, qui disparaît pendant un temps plus ou moins long, comme plusieurs heures et même plusieurs semaines, souvent après l'ingestion des alimens. Quelquefois à son réveil, il lui semble que de la poussière voltige dans la chambre. Par les progrès de la maladie, les corps lumineux paraissent plus grands ou plus petits que dans l'état naturel, de petits globules colorés semblent voltiger dans l'air, un nuage léger vient s'interposer entre l'œil et les objets, et la flamme des bougies paraît entourée d'un cercle présentant toutes les couleurs du spectre solaire; en un mot, l'œil décompose la lumière comme les lunettes non achromatiques. A ce degré, le mal est déjà incurable, et cependant on ne découvre souvent encore aucun changement appréciable dans l'œil. Mais bientôt, et parfois très-rapidement, la conjonctive et la sclérotique se couvrent de vaisseaux variqueux d'un rouge noirâtre; la pupille se déforme, elle s'allonge surtout transversalement; quelquefois elle se dilate en tous sens, au point que l'iris semble ne plus exister, et sa couleur noire est remplacée par une couleur d'un vert glauque, ou d'un gris trouble, ou d'un blanc jaunâtre. Le cristallin commence alors à s'obscurcir, et prend une couleur verte, et le glaucome semble faire saillie dans la chambre antérieure de l'œil. Des douleurs vives et continuelles se font sentir dans le globe de l'œil et dans la tête, l'iris est immobile, les vaisseaux variqueux de la conjonctive et de la sclérotique se dilatent davantage, l'œil finit par perdre son brillant; il diminue de volume, devient mou, s'atrophie, et les douleurs diminuent ou cessent. Plus ou moins long-temps après, l'œil resté sain s'enflamme et présente successivement les mêmes

phénomènes que le premier, tandis que le malade est tourmenté de violentes céphalalgies.

Ces symptômes sont ordinairement précédés par ceux de l'ophthalmie interne ou de l'hydrophthalmie, tels que douleurs, picotemens, élancemens dans le globe de l'œil; et quand le glaucome s'établit subitement, une irritation violente ouvre la scène. Cette maladie est de bonne heure incurable. On manque de recherches anatomiques sur sa nature.

*Traitement.* Les efforts du médecin doivent avoir principalement pour but de prévenir le glaucome, car dès qu'il existe, il reste peu d'espérance de guérison. A cet effet, il faut avoir recours à la méthode antiphlogistique, telle que nous l'avons conseillée dans toutes les inflammations des yeux précédemment étudiées, et l'employer surtout avec énergie. Si malgré l'emploi de cette médication le glaucome se forme, il faut employer les vésicatoires, les cautères, les sétons, les moxas, et en général tous les révulsifs cutanés, et en même temps établir sur les voies disgestives une révulsion permanente par des purgatifs fractionnés et continus. Ces moyens sont rarement suivis de succès, et les collyres opiacés, les vapeurs aromatiques et stimulantes que nous avons indiquées contre l'amaurose, échouent presque constamment aussi. Il serait peut-être plus avantageux de continuer le traitement antiphlogistique local, et de le combiner avec les révulsions gastro-intestinales et cutanées. M. Demours conseille les antiphlogistiques comme l'unique moyen de préserver l'autre œil de la maladie. On a proposé de vider ou d'extirper l'œil affecté de glaucome pour préserver celui qui est sain. Ces moyens ont été employés sans succès; ils ont été quelquefois suivis d'accidens graves, tels que la manie; nous pensons qu'on ne doit plus les tenter aujourd'hui.

### De la surdité.

Nous traiterons sous ce titre de la diminution de l'ouïe et de son abolition complète, qui ne sont d'ailleurs que des degrés de la même affection. La surdité n'est très-souvent qu'un symptôme; ainsi nous l'avons vue accompagnant l'otite, l'ulcération et la carie de l'oreille, et par la suite nous la verrons occasionée par des excroissances ou des concrétions dans le conduit auditif, par la dilatation et par l'oblitération de ce conduit, par la perforation de la membrane du tympan, par l'engouement de l'oreille interne, et par l'obturation de la trompe d'Eustache. Nous ne devons nous occuper ici que de la surdité produite par la paralysie du nerf auditif, et de la surdité congéniale.

*Causes.* La paralysie du nerf acoustique peut être produite par sa commotion résultant d'un coup ou d'une chute sur la tête, ou d'une chute sur les pieds, sur les genoux, sur le coccyx. Un soufflet a suffi quelquefois pour la déterminer; elle est fréquemment l'effet des bruits violens et subits, tels que l'éclat de la foudre, l'explosion des pièces d'artillerie, d'une mine, d'un magasin à poudre. M. Itard pense que le nerf labyrinthique, en raison de sa mollesse et de sa position sur des parties osseuses, se désorganise aisément par l'effet de ces commotions (1). Les irritations diverses du cerveau deviennent souvent aussi des causes d'une surdité qui persiste après qu'elles ont cessé; ainsi les enfans en sont fréquemment atteints à la suite de convulsions, les femmes après les attaques d'hystérie (dans ce dernier cas, elle est ordinairement passagère); et tous les individus, après l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde et à la suite de l'apoplexie. Elle est quelquefois sympathique de cette forme de la gastrite désignée par le nom d'*embarras gastrique*, de la présence des vers dans les voies digestives, des douleurs de la dentition ou de celles qui résultent des dents cariées. Il n'est pas rare de la voir dépendre d'un état de pléthore; il l'est encore moins de la voir succéder à la disparition de la rougeole, ou de la scarlatine, ou des dartres, souvent même elle existe en même temps que cette dernière affection. M. Itard pense que le virus syphilitique, et la prédominance du système lymphatique ou la disposition aux scrofules, peuvent aussi la produire. Enfin, dans plusieurs cas, la paralysie du nerf n'est précédée par aucune de ces affections, ni liée avec aucune de ces dispositions morbides, et paraît être l'effet d'une asthénie essentielle et progressive de cet organe.

La surdité de naissance reconnaît pour cause la plus ordinaire la paralysie du nerf labyrinthique. Dans quelques cas cependant, elle est l'effet de lésions évidentes. Ainsi, chez deux sourd-muets, M. Itard a trouvé la caisse remplie de concrétion d'apparence crayeuse; chez deux autres, des végétations sur la membrane qui la tapisse; chez un cinquième, une matière gélatineuse remplissant la cavité du tympan et les sinuosités labyrinthiques; chez un sixième, la conversion du nerf en une bouillie liquide; enfin, un septième ne lui a paru devoir son infirmité qu'à l'absence du conduit auditif (2). Fabrice d'Aquapendente a vu deux fois la surdité de naissance produite par un prolongement de la peau, tendu au fond du conduit; enfin la présence d'un polype dans ce conduit en est quelquefois la cause. Mais, dans la très-grande majorité des cas, la surdi-mutité dépend de la paralysie du nerf labyrinthique, soit congéniale, soit acquise dans la première enfance, à la suite des phlegmasies cutanées éruptives, des convulsions, et surtout par l'influence d'une dentition orageuse (Itard). Excepté dans les trois derniers cas d'ailleurs, il est impossible de reconnaître pendant la vie les lésions matérielles qui produisent quelquefois cette infirmité.

*Symptômes, marche, durée*, etc. Les personnes qui éprouvent naturellement de la difficulté à suivre une conversation générale, ou qui, par le moindre bruit ou par le mélange de quelques autres voix, perdent le fil d'un discours qui captivait leur attention, sont plus disposées que les autres à devenir sourdes (Itard). Cette faiblesse de l'audition est le premier symptôme par lequel débute la surdité qui survient graduellement. Il s'y joint souvent des bourdonnemens, de la céphalalgie, une sorte d'embarras dans la tête, un affaiblissement de

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 308 et suivantes.
(2) *Ibid.*, pag. 405 et suivantes.

mémoire, et moins de disposition à l'étude des sciences abstraites. Mais chez les enfans et les idiots, il est impossible d'acquérir ces signes diagnostiques. Voici la marche que suit M. Itard, lorsque, consulté pour des enfans qui sont parvenus à l'âge de cinq à six ans sans parler, ou sans entendre distinctement, il veut savoir si ces petits êtres entendent assez pour pouvoir parler, si la langue et les organes de la voix sont aptes ou non à remplir leurs fonctions, enfin si l'absence de la parole tient à la stupeur des facultés intellectuelles. Ce médecin s'assure d'abord si l'enfant est idiot (voyez *Idiotisme*); s'il l'est, il le fait enfermer dans la chambre où il couche, placé de manière qu'il puisse être aperçu dans son lit par un trou fait à la porte. On laisse passer l'heure habituelle de son lever et de son déjeuner, et quand on l'aperçoit bien éveillé, on passe brusquement la clef dans la serrure, en examinant l'effet que produit ce bruit. Si l'enfant ne fait aucun mouvement pour se lever, il faut le regarder comme sourd; si, au contraire, il donne des signes d'audition, on recommence l'épreuve toujours de plus en plus doucement, afin d'apprécier le degré de la surdité. Lorsque l'enfant n'est pas idiot, M. Itard l'exerce d'abord à lever un doigt à chaque coup que le battant de son *acoumètre* frappe sur le cercle. Quand il est familiarisé à cet exercice, il l'éloigne de l'instrument à la distance de cinq mètres, et lui bande les yeux. Tirant alors de l'instrument les sons les plus forts, il descend jusqu'aux plus faibles, et estime de la sorte le degré de finesse ou d'affaiblissement de l'ouïe (1).

La diminution de l'ouïe est ordinairement insensible; en même temps elle est quelquefois partielle, c'est-à-dire que des individus devenus inhabiles à suivre la conversation peuvent encore entendre exécuter de la musique; d'autres entendent nettement et distinctement les bruits les plus faibles s'ils sont émis isolément, et ne perçoivent que des sons confus dans un concert ou une conversation; quelques uns recouvrent l'ouïe au milieu des bruits les plus forts, comme celui d'une voiture sur le pavé, celui d'un tambour, celui des cloches, etc.; enfin il en est dont la surdité se dissipe dans la conversation à voix basse, pourvu que le plus profond silence règne autour d'eux. Mais quelquefois la surdité est subite; c'est lorsqu'elle succède à une affection cérébrale, à une inflammation gutturale intense, et surtout aux commotions violentes produites par les coups, les chutes, ou les bruits violens et subits. Dans tous les cas, elle augmente plus ou moins rapidement, reste quelquefois stationnaire, s'accroît dans la vieillesse, aux époques menstruelles, sous l'influence des affections morales tristes, des repas trop copieux, des courses rapides, et surtout sous celle du froid humide; elle diminue au contraire dans les circonstances opposées. M. Itard a observé une jeune fille de huit ans, qui devenait sourde chaque fois qu'en la peignant on la débarrassait de tous les poux qu'elle avait sur la tête, et qui ne recouvrait l'ouïe que lorsque ces insectes commençaient à se reproduire.

Il n'est pas rare de voir l'insensibilité du nerf labyrinthique s'étendre au pavillon de l'oreille, aux tempes, aux régions mastoïdiennes, et parodiennes, et aux tégumens du cou, au point de rendre ces parties insensibles à l'action des instrumens. Quelquefois la membrane qui revêt le conduit auditif cesse de sécréter du cérumen, prend l'aspect de la peau, et se recouvre d'un épiderme sec et farineux. Ce signe n'existe pas toujours, il se rencontre même rarement chez les sourds de naissance; mais lorsqu'on l'observe, il est la preuve certaine de la paralysie du nerf auditif. La surdité des vieillards présente souvent ce symptôme. Enfin, quelques signes aident encore à reconnaître la surdité par paralysie du nerf; ainsi elle semble diminuer lorsqu'il se fait un grand bruit autour de la personne qui en est affectée, dans une voiture qui roule avec bruit sur le pavé, par exemple, ces sourds entendent mieux que les individus dont l'ouïe est parfaite. Cette surdité augmente au contraire par les contentions d'esprit et les chagrins.

S'il n'est que d'une importance secondaire de distinguer les degrés de surdité non congéniale, il est de la plus grande utilité au contraire de préciser les degrés de la surdité de naissance. M. Itard en établit cinq modes principaux qu'il distingue par les caractères suivans : 1° audition de la parole; 2° audition de la voix; 3° audition des sons; 4° audition des bruits; 5° audition nulle ou surdité complète. Il résulte des observations de ce savant médecin, que la première classe comprend à peine la quarantième partie des sourds-muets; la seconde, à peu près la trentième; la troisième, un vingt-quatrième; la quatrième, les deux cinquièmes; et la cinquième, un peu plus de la moitié. Chez les sourds des deux premières classes, l'ouïe est très-susceptible d'amélioration. Les conséquences de la surdité de naissance ou du bas âge sont l'isolement moral de l'individu, le mutisme, et le développement plus ou moins incomplet des facultés mentales. Nous renvoyons pour de plus grands détails à l'excellent ouvrage de M. Itard.

La surdité est en général une maladie difficilement curable; celle qui est congéniale ou qui survient dans le bas âge est presque toujours au dessus des ressources de l'art. Toute surdité qui est accompagnée de symptômes de maladie de l'encéphale, celle qui se déclare dans la vieillesse sans cause appréciable, et qui augmente par degrés sans présenter de temps à autre de l'amélioration, celle qui succède à l'apoplexie ou à toute autre affection cérébrale simple ou compliquée, celle qui accompagne la sécheresse du conduit auditif, enfin celle qui est l'effet immédiat d'un coup sur la tête, de quelque grande explosion : toutes ces surdités sont incurables. La jeunesse et la puberté n'apportent aucune amélioration à cette infirmité; la guérison spontanée en est très-rare, les maladies aiguës l'aggravent.

*Traitement.* C'est par les forts excitans qu'il faut tenter la guérison de la surdité par paralysie du nerf auditif. M. Itard a vainement essayé plusieurs fois l'électricité et le galvanisme : les moyens dont il a retiré le plus d'avantages sont : le moxa appliqué à plusieurs reprises aux tempes, au pourtour de

(1) *Ouvrage cité*, tom. II, pag. 46 et suivantes.

l'oreille, et surtout derrière le condyle de la mâchoire; les vaporisations éthérées dirigées dans le conduit auditif, dans l'oreille interne par la trompe d'Eustache, et l'emploi à l'intérieur de la fleur d'arnica et des préparations ferrugineuses. Cet auteur rapporte plusieurs faits curieux de surdité guérie par l'emploi des anthelmintiques et l'expulsion de vers plus ou moins nombreux. Lorsque la surdité est due à un état de pléthore, la saignée générale en est le meilleur remède, l'application de deux sangsues à l'orifice des narines produit aussi d'excellens effets; mais il faut être averti que ces évacuations sanguines augmentent d'abord la surdité, et que ce n'est qu'un ou deux jours après que l'on en observe les bons effets. Quand elle succède à la disparition de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de l'arthrite, de dartres, d'ulcères, il faut essayer de rappeler ces affections par tous les révulsifs connus, les boissons chaudes et sudorifiques dans les trois premiers cas, et les douches sur la tête; mais alors même qu'on y parvient, si la surdité est un peu ancienne, elle reste presque toujours incurable. Enfin, la surdité qui est produite par le virus syphilitique guérit assez facilement par le traitement mercuriel.

Comme il est rare que l'on parvienne à guérir la surdité, et que cette affection n'est pas toujours complète, on a inventé des instrumens pour en diminuer les inconvéniens. Ces instrumens sont des cornets acoustiques. Leur forme et leurs dimensions varient, mais tous se réduisent à des cylindres creux, d'argent, de cuivre, ou de fer-blanc, rétrécis à l'une de leurs extrémités, et évasés à l'autre, roulés en spirale à leur centre, et interrompus par un ou deux diaphragmes de baudruche (*Voyez* Itard.) Dans des cas indéterminés, on rétablit l'ouïe en faisant placer à demeure un simple cylindre dans le conduit auditif; il est quelquefois nécessaire que ce cylindre soit entretenu humide; son action cesse aussitôt qu'il se dessèche. M. Itard a imaginé une sorte de porte-voix en bois, de forme pyramidale, évasé à l'une de ses extrémités et terminé à l'autre comme l'anche d'une clarinette; on suspend cet instrument au plafond par un fil, le sourd prend la petite extrémité entre ses dents, et l'on parle dans le pavillon sans le toucher avec la bouche. Enfin, ce médecin a encore inventé un autre instrument qui a le double avantage de propager le son par le conduit auditif et par l'ébranlement des os du crâne. (*Voyez* la description de cet instrument dans son ouvrage.)

Les suppurations extérieures, par le moxa, le bouton de feu sur les apophyses mastoïdes, le séton à la nuque, le vésicatoire sur la conque même de l'oreille, les purgatifs continus, et les stimulans précédemment indiqués, sont encore les moyens que l'on emploie contre la surdité de naissance; mais le traitement en est le plus ordinairement infructueux. La perforation du tympan, suivie d'injections dans la cavité de l'oreille, a été pratiquée une seule fois avec succès, par M. Itard; dans treize autres cas, elle n'a pas produit d'amélioration, excepté chez un enfant; mais cette amélioration n'a duré que quelques jours. Nous ne pouvons pas nous occuper ici des moyens de diminuer les inconvéniens de la surdité de naissance par l'éducation, et nous renvoyons encore à l'ouvrage de M. Itard et aux mémoires de M. Deleau (1).

### De l'anosmie.

On entend par *anosmie*, la diminution ou la perte de l'odorat. Cette affection est presque toujours symptomatique, soit de l'inflammation de la membrane muqueuse qui revêt les fosses nasales, soit de son ulcération, de ses polypes, de la présence des vers à sa surface, soit enfin d'une désorganisation cérébrale, un abcès, par exemple, ayant son siége dans les lobes antérieurs du cerveau; souvent elle est sympathique de certaines névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, ou de quelque inflammation, comme la bronchite et la pneumonite; enfin, il est peu de gastro-entérites intenses qui ne la produisent. Mais cette maladie paraît être, dans quelques cas, primitive, idiopathique. Les exemples, il est vrai, en sont rares. L'anosmie est ordinairement l'état naturel des individus qui en sont atteints: chez les vieillards, elle est un des effets des progrès de l'âge, comme la surdité, l'amaurose, etc.: ou bien elle survit comme la paralysie des membres aux attaques d'apoplexie qui ont été suivies de la résorption du sang épanché: dans le plus petit nombre de cas, elle se développe par l'abus des odeurs fortes ou par le défaut d'exercice du sens de l'odorat. Cette maladie n'est jamais grave, elle mérite même à peine le nom de maladie; on ne parvient presque jamais à la guérir. Les odeurs vives et pénétrantes, et l'électricité, peuvent être employées dans l'intention de la faire cesser. Il est évident que lorsqu'elle dépend d'une autre maladie, elle ne peut disparaître qu'avec cette affection.

### De l'ageustie.

Tout ce que nous venons de dire de l'anosmie est applicable à la diminution et à la perte du goût. Ce phénomène morbide est souvent symptomatique ou sympathique d'autres affections, principalement des inflammations de la membrane muqueuse buccale, de celle de l'estomac et de celles des poumons. Mais il est plus ordinaire de le voir dépendre des affections cérébrales et surtout succéder comme les précédentes aux attaques d'apoplexie. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des vieillards plus ou moins complètement paralysés des membres, et en même temps privés du goût. Quelquefois, cependant, l'ageustie est idiopathique; dans ce cas, les alimens très-sapides, âcres, acides, la font ordinairement disparaître, mais il arrive enfin une époque de la vie où toute saveur reste sans effet, et où le goût ne peut plus être réveillé par les irritans même les plus forts. Quand

(1) *Mémoire sur la perforation de la membrane du tympan.* Paris 1822, in-8.— *L'ouïe et la parole rendues à H. Trezel.* Paris, 1822, in-8.— *Sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et sur les expériences de M. Itard.* Paris, 1828, in-8. — Extrait d'un ouvrage intitulé: *Traitement des maladies de l'oreille moyenne qui engendrent la surdité.* Paris, 1830, in-8.

elle dépend d'une lésion de la substance cérébrale, elle est presque toujours incurable. Cette affection est plus grave que la précédente; d'abord parce qu'elle se fait sentir tous les jours et cause en général beaucoup de chagrin à celui qui l'éprouve, et en second lieu parce qu'elle influe sur les résultats d'une des fonctions les plus importantes de l'économie, la digestion.

### De l'anaphrodisie.

La diminution, l'absence et l'abolition des désirs vénériens sont désignés par le nom d'*anaphrodisie*. Cette affection paraît dépendre de l'asthénie d'une portion du système nerveux, probablement du cervelet, à laquelle les organes de la génération ne participent en aucune manière ou que faiblement, et elle diffère de l'*impuissance* en ce que, dans celle-ci, les désirs vénériens persistent, mais que rien ne peut réveiller l'action engourdie des organes génitaux. Ses causes ordinaires sont: la masturbation, le coït excessif, l'abstinence trop sévère ou le défaut de nourriture suffisante, l'usage d'alimens privés de propriétés excitantes, certaines substances telles que le nymphæa, les émulsions faites avec des semences froides, les pertes considérables de sang, toutes les maladies de longue durée, les travaux excessifs, les veilles prolongées, les méditations profondes, les études opiniâtres, et enfin la vieillesse. On guérit l'anaphrodisie par la cessation de la masturbation ou de l'abus du coït, par une alimentation saine, substantielle, excitante, par l'usage modéré d'un vin généreux, et en écartant toutes les causes que nous venons de lui asssigner. Plusieurs moyens, connus sous le nom d'*aphrodisiaques*, sont également employés dans ce but. Toutes les épices, les aromates, les champignons, les truffes, le céleri, les spiritueux à doses modérées, la vanille, le safran, le musc, l'opium, l'ambre gris, la menthe poivrée, les cantharides et le phosphore, jouissent de la propriété de réveiller les désirs vénériens. Quelques uns portent leur action sur les organes génitaux eux-mêmes, et conviennent mieux par conséquent contre l'impuissance. L'électricité, dirigée sur la nuque, la colonne épinière et les parties génitales, a produit quelques guérisons. Mais si l'anaphrodisie dépend toujours de l'asthénie du cervelet, c'est à la nuque que les moyens excitans doivent surtout être appliqués; c'est là qu'il faut appliquer les vésicatoires, les sétons, et qu'il faut pratiquer les frictions avec les substances spiritueuses, phosphorées ou cantharidées. L'anaphrodisie qui est l'effet de l'âge est incurable, et ce n'est jamais sans danger que des vieillards imprudens essaient de se procurer des jouissances, en usant des aphrodisiaques énergiques, comme les cantharides et le phosphore.

### De la chlorose.

La chlorose paraît consister dans un état d'engourdissement, de défaut d'excitabilité, d'asthénie des organes génitaux. On y trouve bien quelquefois, comme dans la maladie qui précède, l'absence des désirs vénériens, mais ce symptôme n'est pas constant, il n'est d'ailleurs pas l'unique comme dans celle-ci, il ne s'y montre qu'en seconde ligne; d'autres symptômes plus importans l'accompagnent, le dominent, ou même existent sans lui; la chlorose est, en un mot, une maladie toute différente de l'anaphrodisie, ainsi que nous allons le voir.

Des considérations assez puissantes militent en faveur de l'opinion que nous émettons sur la nature de cette maladie; ainsi, elle se montre principalement à l'époque de la puberté chez les filles, et lorsque la menstruation ne peut pas s'établir: elle cesse aussitôt que les menstrues coulent et se régularisent, enfin les excitans de l'utérus sont en général les meilleurs moyens à lui opposer. Il semble, à voir une jeune chlorotique, que tous ses organes soient arrivés à ce point de développement où la puberté doit nécessairement éclore, mais que l'utérus en retard, ne recevant plus le degré de vie dont il a besoin pour devenir apte à la fonction qui lui est destinée, et ne donnant pas conséquemment l'impulsion sans laquelle ne peut s'opérer l'importante révolution prête à s'accomplir, retienne tout le reste de l'organisation dans un état de langueur et d'inertie. En un mot, une jeune fille atteinte de chlorose peut être considérée comme un être qui se développe et qui, passant d'un état de vie à un autre, est arrêté dans son évolution commencée, et reste en quelque sorte à l'état de chrysalide engourdie, parce que l'organe qui doit présider à sa nouvelle existence, ne reçoit ni le développement, ni la vitalité nécessaire (1).

*Causes.* La chlorose s'observe surtout chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, et comme nous l'avons déjà dit, principalement lorsque la menstruation s'établit avec peine, ou ne s'établit pas du tout. Mais on l'observe aussi quelquefois chez les jeunes garçons à la même époque, probablement sous l'influence du même état d'asthénie des organes génitaux. Les femmes mariées, et surtout les veuves, en sont encore fréquemment affectées. On dit aussi qu'on l'a observée chez des enfans en bas-âge, mais nous pensons que dans ces cas on s'est mépris sur la nature du mal, et que l'on a pris pour des chloroses, des affections vermineuses, ou des névroses de l'estomac, ou des anémies, affections avec lesquelles il est facile de la confondre. Le tempérament lymphatique et une constitution faible, prédisposent à la contracter.

La chlorose se développe assez fréquemment sous l'influence des causes suivantes: l'habitation dans les lieux bas, froids et humides; les alimens peu nourrissans ou de difficile digestion, l'abus des boissons aqueuses froides et surtout chaudes, l'usage immodéré de bains chauds, l'usage prolongé de vins de mauvaise qualité, le veilles excessives, le sommeil trop prolongé, et l'oisiveté. Il est presque superflu d'ajouter qu'aucune de ces causes, agissant isolément, ne peut produire la maladie, et qu'il faut toujours à cet effet le concours de plusieurs d'entre elles. Le plus ordinaire-

(1) Voyez pour les développemens de cette hypothèse, notre article CHLOROSE dans le tom. V du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

ment même, il faut encore l'intervention d'autres causes exerçant une action directe sur les organes de la génération, pour que la chlorose puisse se développer; les principales sont: un amour concentré ou malheureux, la privation des plaisirs vénériens chez une jeune fille très-ardente, ou chez une femme qui les a déjà goûtés, la supression prolongée du flux menstruel, et dans quelques cas, l'écoulement immodéré des règles. Les affections morales tristes, de quelque nature qu'elles soient, paraissent aussi exercer quelque influence sur la production de cette maladie. Enfin, elle paraît être quelquefois symptomatique d'une phlegmasie chronique ayant son siége dans un organe important, le plus ordinairement dans les voies digestives.

*Symptômes, marche, durée et pronostic.* Les symptômes de la chlorose consistent dans la pâleur extrême, la coloration jaunâtre ou verdâtre et la bouffissure du visage, la lividité des paupières et leur infiltration au réveil, la décoloration de la conjonctive et des lèvres, l'expression morne des yeux, la sécheresse et la teinte terne, plombée et terreuse de la peau, la flaccidité des chairs, l'œdématie des pieds, la diminution graduelle de l'appétit jusqu'à l'anorexie complète, souvent le désir d'alimens fortement sapides, et quelquefois une telle dépravation du goût que les malades mangent de la craie, du charbon, et mille autres substances entièrement dépourvues de propriétés nutritives. A ces symptômes se joignent ordinairement des nausées et des vomissemens, de la dyspnée et des palpitations que le moindre exercice augmente, principalement quand les malades montent un escalier ou une pente un peu rapide, la petitesse et la fréquence du pouls, un sentiment continuel de lassitude et de fatigue, et une grande répugnance au mouvement. En même temps les malades sont tristes, mélancoliques, elles recherchent la solitude, elles soupirent et pleurent involontairement et sans motifs.

Le défaut de menstruation ou la suppression des règles accompagnent, avons-nous dit, presque toujours la chlorose. Quelquefois cependant l'écoulement menstruel s'opère encore, mais peu à peu les époques s'en éloignent, le sang qui s'en échappe diminue chaque fois de quantité, et devient de plus en plus pâle et séreux, jusqu'à ce qu'enfin, il cesse tout-à-fait de paraître. Cette menstruation incomplète, loin de soulager les malades, semble au contraire aggraver leur état, et l'on voit presque toujours s'exaspérer les accidens au retour de chaque époque des règles : les malades deviennent encore plus tristes que d'ordinaire, elles sont mêmes assiégées d'idées sinistres, et des syncopes et de la cardialgie s'ajoutent aux accidens habituels. Enfin, la maladie continuant à s'aggraver, il se déclare une douleur fixe de la tête, ayant ordinairement son siége à l'occiput; le ventre devient tendu et douloureux, la soif s'allume, le pouls s'accélère, quelquefois une petite toux se déclare, et la diarrhée survient, des exacerbations ont lieu tous les jours, l'amaigrissement fait des progrès rapides, et les malades sont dans un état complet de marasme.

La chlorose est toujours une maladie de longue durée; elle guérit souvent, mais souvent aussi elle entraîne la mort. En général, on peut s'en promettre la guérison tant qu'elle n'est pas accompagnée d'une phlegmasie viscérale. Simple et récente, c'est-à-dire exempte de complication et n'ayant qu'un ou deux mois d'existence, elle n'offre aucun danger; elle est peu grave encore si la constitution de la malade est forte, et si les règles n'ont pas encore paru; toutes choses égales enfin, elle est d'autant moins inquiétante que la malade peut plus facilement se placer dans des conditions hygiéniques nouvelles et favorables. Lorsqu'au contraire elle est ancienne et compliquée, on doit la regarder comme une affection en général très-grave; toutefois sa gravité dépend, surtout dans ce cas, de la nature et de l'intensité de la maladie chronique qui l'accompagne. C'est encore d'un fâcheux augure que de voir les règles diminuer graduellement ou se supprimer tout-à-fait sous l'influence de cette affection. Enfin, lorsqu'il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action des causes qui ont provoqué la maladie, on doit craindre qu'elle n'ait une issue funeste.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la chlorose, on trouve les vaisseaux sanguins vides de sang, et les chairs décolorées, comme à la suite de l'anémie. On rencontre bien aussi des traces diverses de phlegmasie ou d'un autre état morbide, tels que des épanchemens de sérosité dans les membranes séreuses des tubercules pulmonaires, des désorganisations du foie de la rate ou des ovaires, etc.; mais la variété même de ces lésions prouve qu'elles n'appartiennent pas à la chlorose, et presque toujours, pendant la vie elles se sont manifestées par des symptômes propres, indépendans de ceux de cette affection.

*Traitement.* Le traitement de la chlorose doit être surtout hygiénique, tant qu'elle est simple et récente. Ainsi, les vêtemens de flanelle appliqués immédiatement sur la peau, les frictions sèches ou aromatiques, souvent répétées sur tout le corps, les bains froids dans une eau courante exposée aux rayons du soleil, mais surtout les bains de mer, le séjour à la campagne dans un lieu élevé et sec, et dans un climat chaud, une nourriture composée d'alimens sains et nourrissans, tels que les viandes rôties ou grillées, l'usage d'un vin tonique, celui de Bordeaux, par exemple, pris en petite quantité cependant, toujours étendu d'eau, beaucoup d'exercice, soit à pied, soit à cheval, soit en voiture, la danse, enfin les voyages, suffisent ordinairement pour la guérir dans ce cas. Cependant, pour en assurer le succès, on prescrit en même temps aux malades une boisson amère, telle qu'une infusion légère de houblon, de petite centaurée, d'absinthe, de rhubarbe, de quinquina, ou mieux encore de l'eau ferrée, ou les eaux minérales ferrugineuses de Vichy, de Seltz, de Spa, de Plombières, enfin le fer sous toutes les formes. On lit dans les auteurs quelques exemples de guérisons obtenues par les vomitifs.

Quand la chlorose est ancienne, mais exempte encore de complication, il faut joindre à la médication précédente, et dans le but de provoquer, de rappeler, ou d'accroître l'écoulement des rè-

gles, l'emploi des pédiluves irritans, des ventouses sèches à l'hypogastre, aux lombes et à la partie supérieure des cuisses, des vapeurs d'eau chaude ou d'infusions aromatiques alcoolisées ou non, dirigées vers l'utérus, et quelquefois avec succès le galvanisme et l'électricité, et à l'intérieur l'armoise, la rhue, le safran, l'aloès, les pilules de Fuller, en surveillant leurs effets sur l'estomac et sur l'utérus. Le moment le plus opportun pour avoir recours à ces moyens, est l'approche des règles, ou l'époque présumée de leur retour quand elles sont supprimées; chez les jeunes filles non réglées on les emploie pendant quatre à cinq jours chaque mois, à une époque invariable, afin de déterminer une fluxion périodique vers l'utérus. En général on fait suivre avec avantage l'emploi de tous ces moyens de l'application de quelques sangsues à la vulve. Le coït, en excitant l'utérus, provoque souvent le flux menstruel, et devient ainsi un moyen de guérison de la chlorose. La saignée générale, conseillée par quelques auteurs, est en général beaucoup plus nuisible qu'utile.

Enfin, lorsque la chlorose est accompagnée d'une autre maladie, c'est fréquemment contre cette complication que les moyens thérapeutiques doivent être exclusivement dirigés, parce que souvent la chlorose n'en est que l'effet. Parmi les maladies qui viennent ainsi compliquer cette névrose, la gastrite chronique se montre la plus commune. Il ne faut pas cependant prendre pour des signes de gastrite tous les dérangemens des fonctions digestives dont la chlorose est presque toujours accompagnée; ces symptômes sont le plus ordinairement sympathiques et guérissent avec la maladie principale. Mais enfin cette phlegmasie gastrique existe quelquefois bien réellement, et le traitement devient alors assez difficile à diriger, attendu que les moyens thérapeutiques qui conviennent à l'une des deux affections nuisent à l'autre. Il faut donc prendre en quelque sorte un terme moyen, emprunter au traitement de la chlorose tous les moyens hygiéniques qui ne peuvent pas accroître la gastrite, comme les vêtemens de flanelle, les frictions, les bains froids, l'habitation à la campagne et l'exercice au grand air, et d'un autre côté prendre du traitement de l'inflammation gastrique tout ce qui ne peut pas aggraver la chlorose, comme les cataplasmes sur la région épigastrique, les frictions avec la pommade émétisée, les boissons froides et le régime maigre, mais non féculent. Si la gastrite était aiguë cependant, on devrait la traiter sans tenir compte de la chlorose.

Les mêmes réflexions s'appliquent à toutes les phlegmasies qui peuvent compliquer la chlorose. Mais lorsqu'elle est accompagnée de tubercules pulmonaires, complication peut-être aussi fréquente que celle de la gastrite, comme elle est toujours incurable, le médecin doit se borner à épargner à la malade tout ce qui pourrait hâter la marche de l'une ou de l'autre affection; pour cela nous n'avons point de règles à lui tracer, son expérience peut seule lui servir de guide.

### De la paralysie du sentiment ou anesthésie.

L'observation a depuis long-temps démontré que les trois grandes fonctions du système nerveux, intelligence, mouvement et sentiment, peuvent être diminuées et abolies séparément. Il était naturel d'en conclure que trois portions différentes de ce système président à ces fonctions. Aussi les anciens l'avaient-ils fait, surtout pour les deux dernières, et avaient-ils admis des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement. Dans ces derniers temps des recherches plus approfondies et des expériences ingénieuses ont jeté de grandes lumières sur ce point de la science, mais elles n'ont pas encore complètement dissipé les ténèbres qui le couvrent. Ainsi tandis que MM. Delaye et Foville ont conclu de leurs expérimentations et de nombreux faits cliniques, que la substance grise du cerveau préside aux facultés intellectuelles, morales et affectives, la substance blanche aux mouvemens volontaires, et que le cervelet est le siége de la sensibilité, Rolando considère le cervelet comme l'agent des mouvemens, tandis que MM. Flourens et Bouillaud l'en regardent comme le régulateur, et d'un autre côté M. Magendie pense avec Lorry et Legallois que c'est la moelle épinière qui préside à la sensibilité.

Mais s'il reste encore quelques doutes dans la détermination précise des portions du système nerveux qui président au mouvement et au sentiment, on sait d'une manière positive, grâce aux expériences de MM. Shaw, Ch. Bell, et surtout Magendie, quels nerfs transmettent le principe du mouvement et quels autres conduisent les sensations. Il paraît en effet démontré aujourd'hui que les nerfs olfactifs, optiques, acoustiques, et trijumeaux, et toutes les racines postérieures des nerfs rachidiens, sont les conducteurs du sentiment. La nature bien connue des fonctions des premiers de ces nerfs aurait dû conduire depuis long-temps à cette conséquence. C'est donc dans les affections locales de ces nerfs, ou dans les parties du système nerveux auxquelles ils aboutissent qu'il faut chercher les causes de l'anesthésie, qui dès lors ne doit plus être considérée comme une maladie, mais uniquement comme un symptôme. Cependant l'amaurose dans quelques cas, la surdité sans lésion appréciable, la perte de l'odorat ou anosmie, la perte du goût ou ageustie, et la perte de la sensibilité d'une portion ou de toute l'étendue de la peau, sont souvent de véritables anesthésies idiopathiques. Nous ne devons traiter ici que de celle des membres et de celle de la peau, les autres ayant déjà été décrites précédemment.

L'anesthésie ou la paralysie du sentiment de la peau ou des membres n'est donc pas toujours symptomatique. On l'a vue succéder aux excès vénériens, sans qu'aucune lésion matérielle des centres nerveux l'accompagnât; il semble que dans ces cas il existe un épuisement du fluide nerveux. M. Pétroz dit qu'on a vu un excès d'obésité produire l'anesthésie des membres inférieurs, Schenck l'a observée produite par des calculs urinaires, mais dans ces cas encore elle est symptomatique. Enfin chez quelques femmes très-nerveuses, on voit quelquefois des paralysies partielles du sentiment, mais elles sont ordinairement passagères.

Pour traiter avec succès l'anesthésie il faut donc toujours remonter à la maladie dont elle est le symptôme, et baser son traitement sur la nature

de cette affection. On peut cependant dans tous les cas, mais principalement lorsqu'il n'est pas possible de découvrir le point de départ du désordre, ce qui est le plus ordinaire, chercher à réveiller la sensibilité engourdie ou abolie, par des rubéfians, des bains chauds sulfureux, des bains de sable, de marc de raisin, par les frictions sèches ou faites avec des liqueurs excitantes, telles que l'alcool seul ou chargé de principes aromatiques, la teinture de cantharides, les linimens ammoniacaux, par l'urtication, les moxas, le galvanisme et l'électricité. Si rien ne peut faire soupçonner l'existence d'une phlegmasie ou de toute autre maladie du cerveau, de la moelle ou des cordons nerveux, si dans la réalité il n'existe pas de lésion dans ces organes, et que la paralysie soit idiopathique, on peut ajouter à l'emploi de ces moyens externes, l'administration à l'intérieur de la noix vomique, de l'huile essentielle de térébenthine, de l'ammoniaque liquide, etc. Mais tous ces moyens seraient à peu près inutiles dans l'anesthésie produite par l'abus du coït, si l'on n'avait recours en même temps à une alimentation saine, très-nourrissante, et à l'usage d'un vin généreux.

### *Asthénies du mouvement.*

#### De la blépharoptose.

La paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure a reçu le nom de *blépharoptose ;* on l'aplique aussi à l'alongement et à l'abaissement de la paupière, produits par le gonflement inflammatoire, l'œdème, la contusion, ou une plaie transversale de cette membrane. Mais dans tous ces cas la chute de la paupière n'est qu'un symptôme qui cède avec la maladie dont il émane, et ne doit pas par conséquent nous occuper : la paralysie du muscle élévateur de cet organe mérite seule notre attention.

*Causes et symptômes.* On connaît peu les causes de cette paralysie ; Janin l'a observée une fois congéniale ; elle se manifeste quelquefois subitement sans symptômes précurseurs, d'autres fois elle est précédée par de violentes céphalalgies et des tintemens d'oreilles ; il n'est pas rare de la voir être la suite des plaies de tête, et principalement des lésions du sourcil. On la reconnaît aisément à l'abaissement continuel et plus ou moins complet de la paupière supérieure au-devant du globe de l'œil; les malades sont obligés de la soulever pour regarder les objets ; elle retombe, et l'œil se ferme aussitôt qu'ils cessent de la soutenir. Lorsque l'œil n'est pas complètement couvert par la paupière abaissée, il prend nécessairement une direction vicieuse, et se dirige en bas et de côté, et dans les cas mêmes où cet organe est entièrement caché, il est souvent entraîné en dehors par la contraction de son muscle abducteur, parce que ses muscles droits, supérieur, inférieur et interne, se trouvent alors paralysés en même temps que la paupière. Dans les deux cas, le malade est affecté de strabisme, et de plus, dans le dernier, de diplopie. La seule affection avec laquelle on pourrait la confondre est la contraction spasmodique du muscle orbiculaire des paupières, symptôme qui accompagne la plupart des ophthalmies douloureuses, e parfois l'inflammation du cerveau ; mais on l'en dis tingue par la difficulté que l'on éprouve dans c dernier cas à soulever la paupière, par les plis qu se font remarquer vers son angle externe, et pa l'abaissement du sourcil, tous signes qui n'existen pas dans la blépharoptose.

*Traitement.* Les frictions sur le sourcil et la pau pière avec les linimens ammoniacaux ou avec l baume de Fioraventi, le gaz acide sulfureux dirig vers cette partie, l'électricité, l'électro-puncture les vésicatoires derrière le cou ou les oreilles, e le séton à la nuque, sont les moyens que l'on em ploie ordinairement contre cette affection, qui es souvent incurable.

#### De l'aphonie.

L'aphonie est la perte plus ou moins complét de la voix. Tous les auteurs la regardent comm un effet de l'asthénie ou paralysie des muscles d larynx.

*Causes.* Cette affection n'est très-souvent qu'u des symptômes d'une autre maladie. Ainsi, ell accompagne plusieurs affections cérébrales, comm la cérébrite, l'apoplexie, la catalepsie, l'épilepsi et l'hystérie ; l'inflammation du larynx la détermin presque constamment ; elle est fréquemment produite par les inflammations vives de l'estomac e quelquefois par celle des bronches ou des poumons par la présence de vers nombreux dans les voie digestives ; enfin elle est, chez quelques femmes l'effet sympathique de la grossesse. Il est donc rar de la voir dépendre de l'asthénie ou paralysie primitive des muscles du larynx; on doit penser qu'i en est ainsi cependant, lorsque l'on voit l'aphoni survenir tout à coup après l'immersion du corp dans l'eau froide, ou après une vive impression d froid, surtout lorsque le corps est échauffé, causes qui sont les deux plus fréquentes de cette affection lorsqu'elle est primitive. Elle se montre aussi dans quelques cas, après la disparition d'une dartre ou à la suite d'une suppression d'hémorrhagi habituelle ; enfin, on la voit assez fréquemmen produite par une vive frayeur, mais il est peu probable qu'elle dépende alors de l'asthénie des muscles du larynx. On lit dans les *Archives générale de médecine* (juin 1829), deux observations très curieuses d'aphonie intermittente.

*Symptômes et traitement.* L'aphonie est très-facile à reconnaître ; elle diffère du mutisme en ce que, dans cette dernière affection, il y a possibilité de produire des sons, mais non de les articuler ; tandis que dans l'aphonie les sons ne peuven être produits, ou bien sont considérablement affaiblis, mais l'individu peut souvent encore les articuler. Chez la plupart des aphoniques, la voi n'est pas abolie, elle est seulement plus ou moin diminuée ; ils parlent à voix basse. On guérit quelquefois assez promptement cette affection par de boissons chaudes et diaphorétiques, telles que l thé, le sureau, la bourrache, etc., lorsqu'elle es l'effet du refroidissement subit de la peau. Quand elle a succédé à la frayeur, elle se dissipe ordinairement d'elle-même, mais quelquefois elle résiste à toutes les ressources de l'art, et dure autant que

vie. Elle est plus difficile à guérir lorsqu'elle est survenue à la suite des suppressions d'une hémorrhagie habituelle ou après la disparition d'une dartre, on ne peut espérer d'y parvenir qu'en rétablissant l'écoulement sanguin supprimé, ou en rappelant la phlegmasie cutanée à son ancien siége, et souvent elle ne disparaît pas encore quand ces résultats sont obtenus. Dans tous les cas où l'aphonie résiste aux premiers moyens, et surtout lorsqu'elle persiste après sa cause, il faut stimuler localement, en frictionnant la partie antérieure du cou avec des linimens irritans, et spécialement ceux qui contiennent de l'ammoniaque, en multipliant les vésicatoires ou les petits moxas sur la région du larynx et aux deux angles de la mâchoire inférieure, et même en plaçant un séton de chaque côté de l'organe de la voix. Est-il besoin de dire que l'aphonie, qui n'est que le symptôme de l'une des affections que nous avons indiquées, ne réclame aucun traitement spécial, et cède avec la maladie principale?

Dans l'une des deux aphonies intermittentes dont nous avons parlé, tous les moyens ont échoué; le sulfate de quinine a été aussi impuissant que la saignée, les antispasmodiques, etc., etc. Dans la seconde observation rapportée par M. Ollivier, la saignée a été constamment et exclusivement efficace, il a toujours suffi de l'issue de quelques cuillerées de sang pour dissiper immédiatement l'aphonie.

Un médecin italien, M. Bennati, paraît avoir retiré d'excellens effets de la dissolution du sulfate d'alumine en gargarisme; il l'emploie à la dose d'un gros d'abord, et l'élève jusqu'à celle de deux gros en l'associant au sirop diacode (1).

De l'asthénie de l'œsophage.

On voit souvent à la fin de certaines inflammations graves, parvenues au plus haut degré d'intensité, et principalement dans les gastro-entérites compliquées d'arachnoïdite et de cérébrite, et dans ces deux dernières affections sans gastro-entérite; on voit souvent, disons-nous, se manifester peu de temps avant la mort, un symptôme des plus graves, qui consiste dans la chute rapide au fond de l'estomac des liquides que l'on fait boire au malade. Ces liquides tombent dans cet organe par leur propre poids, et produisent même en y arrivant un bruit particulier, qui a fait dire qu'ils semblaient arriver dans un puits. Ce symptôme, du plus funeste présage, annonce que le pharynx et l'œsophage ont cessé de pouvoir réagir sur les liquides qui les traversent, et qu'ils sont paralysés. Il est possible que cette paralysie soit quelquefois idiopathique; quelques auteurs même l'affirment, et Van Swieten en rapporte un exemple : c'est le seul que nous connaissions. Si cette affection se présentait, il faudrait porter les alimens dans l'estomac du malade, à l'aide d'une sonde, et stimuler l'œsophage par des liquides irritans, ou des vapeurs de même nature dirigées sur le pharynx, et par des vésicatoires, des sinapismes, appliqués à la partie postérieure du cou; il serait facile aussi, et sans doute utile, de faire agir le fluide électrique sur cette partie.

(1) Bennati, *Recherches sur les maladies de la voix*, Paris, in-8. 1831.

De l'asthénie de l'estomac.

Après la guérison de plusieurs gastro-entérites aiguës, et surtout à la suite de celles qui se sont développées sous l'influence d'alimens de mauvaise qualité et de l'usage d'eaux bourbeuses, au milieu d'une atmosphère froide et humide, et sur des hommes plongés dans la malpropreté; dans la convalescence de celles de ces phlegmasies qui ont été accompagnées d'une abondante sécrétion de mucosité; enfin, dans l'intervalle des accès de la plupart des gastro-entérites intermittentes, l'estomac est souvent le siége d'une asthénie plus ou moins profonde. Des symptômes assez tranchés annoncent cet état morbide; les voici, tels que nous les avons plus d'une fois observés. La chaleur de la peau est un peu abaissée au dessous de l'état normal; cette membrane est pâle dans toute son étendue, le pouls est lent et dépressible, les chairs sont molles, les muscles se fatiguent par le moindre exercice, les lèvres et la langue sont pâles, il n'y a pas de soif, et cependant l'appétit ne se fait pas sentir, ou bien le malade désire des substances stimulantes, telles que le vin; les alimens pèsent long-temps sur l'estomac, sans y développer cependant aucune douleur; la digestion est très-tardive, presque toujours incomplète, et souvent accompagnée d'un développement assez considérable de gaz; enfin les forces du malade ne se rétablissent pas. Dans l'apyrexie des gastro-entérites intermittentes, cette asthénie, lorsqu'elle existe, n'est en général pas assez grande pour s'opposer à la facile digestion des alimens; cela s'observe cependant quelquefois.

L'asthénie de l'estomac ne se présente pas seulement dans les circonstances que nous venons d'indiquer; elle est quelquefois idiopathique, et s'accompagne alors de symptômes précédemment énumérés. Mais on a long-temps considéré comme des exemples d'asthénie de l'estomac toutes les affections de cet organe que l'on a vu guérir par des stimulans. Nous ne nous arrêterons pas à démontrer le vice de cette manière de juger de la nature des maladies, qui ne permet de prononcer qu'après l'événement : nous dirons seulement que chaque fois qu'il y a douleur gastrique ou vomissement, l'estomac est irrité, et que si des stimulans ont quelquefois dissipé cet état morbide, c'est que souvent l'organe était atteint de névrose et non d'inflammation; et enfin que, dans quelques cas, les phlegmasies cèdent aux agens irritans appliqués immédiatement sur le tissu qu'elles occupent, ainsi que l'on en observe journellement des exemples à l'extérieur. C'est au praticien à savoir distinguer ces divers états morbides : nous venons de donner les signes de l'asthénie gastrique; en traitant des irritations nerveuses, nous en avons assigné les caractères dans tous les tissus et dans l'estomac en particulier; avec ces données, il nous paraît assez facile d'éviter de confondre l'asthénie de l'estomac avec sa névrose ou avec son inflammation chronique, sinon dans tous les cas, du moins dans la très-grande majorité.

Le traitement de l'asthénie de l'estomac, lorsqu'elle est bien constatée, est assez simple, et en général promptement suivi de succès. Il consiste dans l'usage des alimens tirés du règne animal, d'un bon vin, et, s'il est besoin, dans l'emploi du quinquina, des amers et des ferrugineux. Les viandes rôties, de bœuf, de mouton et de volaille, sont celles que l'on doit préférer ; le choix des vins ne saurait être non plus indifférent, et ceux qui contiennent proportionnellement moins d'alcool et plus de matière colorante, comme celui de Bordeaux, méritent aussi la préférence. Les repas doivent être peu copieux, répétés, et suivis d'un exercice à pied, à cheval ou en voiture. Un air sec, des frictions sur la peau, et des vêtemens de flanelle, si l'état morbide se prolonge, concourent efficacement à la guérison.

### De l'asthénie des intestins.

C'est aussi dans la convalescence d'un grand nombre de gastro-entérites que l'on observe l'asthénie des intestins ; mais elle se montre aussi primitive, et c'est elle que l'on désigne chez les vieillards par la dénomination de *paresse du ventre*. La constipation, sans douleur ni chaleur abdominales, sans symptômes d'irritation gastrique, en est le symptôme ordinaire. Elle se prolonge chez quelques malades pendant huit, quinze, vingt jours, et plus ; mais, quand elle dure déjà depuis quelques jours, elle ne tarde pas ordinairement à faire naître quelques autres symptômes. Les principaux et les plus constans sont : le brisement des membres, et principalement des cuisses ; la pesanteur et la douleur lombaire, portée quelquefois jusqu'au degré d'intensité de celle qui accompagne le lumbago ; la diminution de l'appétit, et un sentiment de plénitude aussitôt après l'ingestion de quelques alimens ; la saleté de la langue qui est recouverte d'un enduit grisâtre, limoneux ou jaunâtre, sans être rouge à sa pointe ni à ses bords ; des rapports nidoreux et fétides, et quelquefois de la pesanteur de tête et des vertiges. Ce dernier symptôme n'est pas rare chez les vieillards dont le ventre est paresseux, et, sans chercher à expliquer comment l'asthénie intestinale et le séjour des matières fécales peuvent exciter le cerveau et y provoquer une hémorrhagie, nous croyons que l'apoplexie reconnaît souvent cette cause. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons plus d'une fois dissipé par un purgatif des symptômes d'apoplexie imminente, chez des vieillards depuis longtemps constipés, et qui rendaient dans les selles ainsi provoquées des matières extrêmement dures, et souvent suivies de débris de substances alimentaires dont on pouvait reconnaître la nature, et dont l'ingestion remontait à une époque assez éloignée, à un mois, par exemple.

La vieillesse nous paraît être une des causes prédisposantes de l'asthénie des intestins. Le défaut d'exercice, l'air humide et brumeux des grandes villes, l'usage d'alimens farineux, aqueux, privés de qualités stimulantes, de l'eau pure pour boisson habituelle, la présence d'une fissure ou de tumeurs hémorrhoïdales douloureuses à l'anus, et quelquefois la paresse ou l'impossibilité de satisfaire le besoin d'aller à la selle aux heures où il se fait sentir, telles sont les causes ordinaires de cette asthénie. Elle guérit parfois spontanément par une diarrhée subite et passagère, probablement déterminée par l'irritation que les matières fécales font naître quelquefois dans la membrane muqueuse avec laquelle elles sont depuis long-temps en contact. L'irritation ainsi provoquée par le séjour des matières fécales peut-elle s'élever jusqu'au degré de la phlogose ? Quelques auteurs le pensent, mais les faits n'ont pas encore confirmé cette opinion.

Le traitement de cette asthénie est tout entier dans l'emploi des purgatifs : le changement de nourriture ainsi que le séjour à la campagne suffisent souvent pour la faire cesser. Lorsqu'elle dépend d'une fissure ou de tumeurs hémorrhoïdales à l'anus, on a recours encore aux purgatifs ; mais c'est surtout en guérissant ces affections qu'il faut chercher à la guérir elle-même. Les purgatifs peuvent être administrés par la voie de l'estomac ou en lavemens. Quand la constipation n'est pas très-opiniâtre, des lavemens émolliens ou huileux suffisent souvent pour y remédier. Nous l'avons vue résister à plusieurs purgatifs énergiques pris consécutivement.

### De l'asthénie du rectum.

Dans la cérébrite, dans l'apoplexie, et en général dans toutes les inflammations graves auxquelles le cerveau participe idiopathiquement ou sympathiquement, la plupart des malades ne peuvent pas retenir leurs matières fécales, et elles s'échappent sous eux sans qu'ils s'en aperçoivent. C'est à l'asthénie symptomatique du rectum, et en particulier de son sphincter, qu'il faut évidemment rapporter ce symptôme. On voit aussi cette asthénie succéder à des diarrhées prolongées ; mais on l'observe surtout chez beaucoup de vieillards très-avancés en âge, et chez presque tous ceux qui sont dans la décrépitude ; enfin, quelques adultes, épuisés par des excès ou par de longues maladies, en offrent l'exemple. On remédie à cette dégoûtante affection, en dirigeant vers l'anus des vapeurs irritantes, astringentes, et surtout en y appliquant constamment des compresses trempées dans des liquides stimulans et toniques, tels que les décoctions de roses rouges, de quinquina, de tannin, d'écorce de grenades, de brou de noix, le vin miellé ou sucré, etc. Lorsque cette asthénie s'est manifestée dans la convalescence d'une longue maladie, elle se dissipe ordinairement à mesure que le malade reprend ses forces et de l'embonpoint ; il en est de même de celle qu'on observe chez les individus épuisés par les excès de tout genre. L'air vif de la campagne concourt puissamment à la guérison. Quant à celle qui survient chez les vieillards par les seuls progrès de l'âge elle est incurable.

### De l'asthénie de la vessie.

L'asthénie de la vessie n'est décrite dans les auteurs que sous le nom d'*incontinence d'urine* ; l'écoulement involontaire de ce liquide en est en

effet le principal et très-souvent l'unique symptôme. Cet écoulement est quelquefois l'effet passager d'une toux violente, des grands éclats de rire, de l'état de grossesse, de l'ivresse, de la syncope, des attaques d'épilepsie, et des convulsions; souvent aussi il est le symptôme de la cystite chronique, de la présence d'une pierre dans la vessie, d'une tumeur fongueuse développée au sein de cet organe, de sa hernie, de celle de l'utérus, de la présence d'un calcul dans la partie postérieure du canal de l'urèthre, de la perforation de ce canal près du col, ou de celle de la vessie elle-même par un chancre vénérien ou par la gangrène: mais dans aucun de ces cas il ne constitue la maladie principale, et il n'est qu'un accident secondaire qui cesse avec sa cause. Mais lorsque l'incontinence d'urine dépendde l'asthénie de la vessie ou de son col, elle est beaucoup plus grave, ou plutôt la cause qui la produit est plus difficile à guérir. C'est cette asthénie que nous allons étudier.

*Causes.* Les causes de l'asthénie de la vessie ou de son col sont: les coups ou les chutes sur la région hypogastrique, sur les lombes ou le sacrum; la contusion du col de la vessie par la tête de l'enfant pendant l'accouchement, l'opération de la taille, l'abus du coït, la masturbation, les boissons diurétiques prises en trop grande quantité, et, chez quelques vieillards, les seuls progrès de l'âge. Lorsque, pendant un sommeil profond, la vessie se trouve distendue par une trop grande quantité d'urine, il arrive fréquemment qu'elle se contracte, et que, son sphincter n'opposant aucune résistance, elle chasse au dehors tout le liquide qu'elle contient. La plupart des enfans sont sujets à cette incontinence d'urine pendant les deux ou trois premières années; il en est plusieurs chez lesquels elle se prolonge jusqu'à l'âge de six, huit, dix et douze ans: enfin, on voit quelques jeunes gens, et principalement des jeunes filles, conserver cette infirmité jusqu'à l'âge de puberté, et quelques uns toute leur vie.

*Symptômes, marche et pronostic.* L'écoulement involontaire et non douloureux de l'urine est le symptôme non équivoque de l'asthénie de la vessie ou de son col. Cet écoulement a lieu chez quelques malades, goutte à goutte, et d'une manière continue; chez d'autres, il s'accumule une certaine quantité d'urine dans la vessie, mais tout à coup ce liquide surmonte par sa pesanteur la résistance du col, et il est brusquement évacué, avant que le besoin s'en soit fait sentir; enfin, chez certains, une grande quantité d'urine s'amasse dans la vessie et la distend, et lorsque la distention est extrême, le liquide s'échappe goutte à goutte, par regorgement. Cette dernière forme de l'incontinence d'urine accompagne ordinairement la cérébrite, l'apoplexie, et la myélite.

L'incontinence d'urine des enfans se passe ordinairement d'elle-même; c'est ce qui arrive aussi pour celle qui succède à l'opération de la taille ou à un accouchement laborieux. Celle qui se prolonge au delà de la puberté est souvent très-difficile à guérir; enfin, celle qui est l'effet des progrès de l'âge est incurable. Toutefois, cette affection n'est jamais dangereuse, mais elle est d'une incommodité extrême. Malgré les soins de propreté les plus minutieux, les malades ne peuvent pas éviter que leurs vêtemens ne soient mouillés par l'urine, et ils exhalent autour d'eux une odeur insupportable; que s'ils négligent de se laver à chaque instant, et de changer fréquemment de linge, l'urine provoque par son contact un érysipèle pustuleux sur les parties génitales et la région supérieure et interne des cuisses, une douleur âcre et cuisante, des excoriations avec gerçures, l'épaississement et le racornissement du scrotum, sur lequel on remarque même quelquefois une couche concrète de substance saline.

*Traitement.* On remédie ordinairement à l'incontinence d'urine des enfans, en les réveillant plusieurs fois pendant la nuit pour les faire uriner, en ne leur donnant pas à boire au moment de les coucher, et leur faisant prendre quelques bains froids de temps à autre. Cependant ces moyens sont quelquefois insuffisans, et chez les sujets faibles, on est parfois obligé d'y joindre l'usage de quelques amers, de l'oxyde de fer, des bains aromatiques peu chauds et animés par un peu d'eau-de-vie, et du vin pur. Les privations, et les réprimandes devant des personnes étrangères concourent efficacement au même but; mais il faut s'abstenir de ces moyens propres à frapper l'imagination des enfans, tels que la frayeur, qui peuvent avoir de graves inconvéniens. Lorsque, malgré tout, l'incontinence d'urine se prolonge au delà de la puberté, on peut avoir recours à l'emploi des cantharides en poudre, à la dose d'un quart de grain tous les soirs, ou à des frictions avec la teinture sur la région des reins ou sur l'hypogastre, ou a un vésicatoire appliqué sur ces mêmes parties. Les jeunes filles sont souvent guéries de cette incommodité par le mariage.

C'est par les toniques, les ferrugineux, les astringens, etc., que l'on combat l'incontinence d'urine des adultes et des vieillards. On emploie le quinquina, la teinture de cantharides, les bains froids, les lotions, les fomentations et les douches froides sur le périnée et sur l'hypogastre; et chez les femmes, les lotions et les injections froides, astringentes, spiritueuses, dans le vagin. Les eaux minérales de Baréges, de Bourbonne, de Spa, de Balaruc, font quelquefois la base de ces injections. On joint à ces moyens l'usage des lavemens de quinquina camphrés, ou rendus stimulans d'une manière quelconque. Lorsque tout cela est impuissant, on a recours à la compression de la verge, à l'aide du constricteur d'Heister, ou par le moyen d'un bandage analogue au brayer, dont la pelote appuie au dessous du pubis; et si les malades ne peuvent supporter l'une ou l'autre de ces compressions, il ne reste d'autre parti à prendre que de leur faire porter un urinal en métal, en cuir verni, ou en caoutchouc, suspendu à la verge à l'aide d'une ceinture, ou reçu dans un gousset cousu au caleçon. Les femmes supportent encore plus difficilement que les hommes les bandages compressifs, parce que l'action de ces instrumens porte sur la paroi antérieure du vagin, beaucoup plus irritable que la peau; elles les remplacent le plus ordinairement par des éponges qu'elles changent souvent, ou bien elles font usage d'urinaux à diaphragme, en forme de nacelle étroite, et qui s'adaptent très-bien aux parties externes de la génération.

De l'inertie de l'utérus.

Pendant et immédiatement après l'accouchement, on voit souvent l'utérus manquer d'énergie, et ne pas se contracter avec assez de force, soit pour expulser le fœtus ou le placenta, soit pour revenir sur lui-même après s'être débarrassé de ces produits de la conception. Des accidens graves et souvent la mort de la mère ou de l'enfant accompagnent cette affection, à laquelle les accoucheurs ont donné le nom d'*inertie de l'utérus*.

*Causes*. Les causes de cet état morbide ne sont pas toujours les mêmes aux diverses époques du travail de l'enfantement et après qu'il est terminé. Quand l'inertie se manifeste dès le commencement du travail, elle dépend quelquefois de la faiblesse de la femme, et se remarque principalement alors chez celles qui sont d'une constitution molle et lymphathique, ou qui viennent d'éprouver ou ressentent encore les atteintes d'une longue maladie; d'autres fois, elle est l'effet de certaines affections morales, telles que la crainte ou la pudeur exagérée que fait naître la présence de l'accoucheur, une impression désagréable et invincible déterminée par la présence d'une personne qui déplaît, un chagrin violent, etc.; enfin, et c'est le cas le plus ordinaire, elle est due à la trop grande distension de l'utérus, soit par la présence de plusieurs fœtus, soit par une quantité d'eau excessive, soit enfin par l'existence d'une tumeur volumineuse au milieu de l'organe. Lorsque l'inertie survient pendant le cours du travail, elle est presque toujours due à la fatigue de l'organe qui s'est vainement contracté pendant long-temps pour expulser le fœtus; souvent aussi elle est l'effet d'une hémorrhagie qui affaiblit l'utérus, et qui, lorsqu'elle est interne, augmente encore la distension de ses parois; quelquefois encore elle résulte d'une rupture prématurée des membranes, qui, permettant l'écoulement d'une petite quantité d'eau de l'amnios entre chaque douleur, tandis que l'autre portion est retenue par la tête du fœtus formant une sorte de tampon à l'orifice utérin, fait que la matrice n'éprouve qu'une faible résistance et se contracte par suite avec peu d'énergie. Enfin, quand l'inertie ne se manifeste qu'après la sortie de l'enfant, elle reconnaît toujours soit l'une des causes que nous venons de signaler, soit la trop grande rapidité de l'accouchement.

*Symptômes*, etc. Lorsque la matrice est frappée d'inertie dès le commencement du travail de l'enfantement, les contractions sont lentes, faibles, éloignées, et la dilatation du col ne s'opère qu'avec une extrême lenteur. Cette dilatation fait des progrès à peine appréciables, plusieurs jours se passent souvent dans cet état de souffrance sans résultat, la femme tombe de sommeil et de fatigue, et ses forces s'épuisent. Les symptômes sont encore les mêmes quand l'inertie survient dans le cours du travail; mais ici ils succèdent à des contractions énergiques, à des douleurs vives, pendant lesquelles l'utérus a lutté contre l'obstacle qui s'oppose à la parturition. On voit alors les contractions et les douleurs diminuer d'intensité, devenir de plus en plus faibles, de plus en plus lentes, de plus en pluséloignées, cesser complètement, et tout travail se suspendre. Si l'on cherche alors à pénétrer dans l'utérus, on y parvient aisément; ses parois n'offrent aucune résistance, et ne pressent le fœtus sur aucun point. L'enfant et la mère peuvent périr dans cette position si on n'y porte remède.

Quand c'est après l'accouchement que survient l'inertie de l'utérus, une hémorrhagie grave en est l'effet immédiat. Tantôt le sang s'écoule au dehors, et tantôt il s'accumule dans la matrice; dans l'un et l'autre cas, le visage de la femme pâlit, son pouls s'affaiblit, ses yeux deviennent ternes, elle éprouve des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, des syncopes; en palpant l'abdomen, on sent que l'utérus ne forme pas ce globe dur que l'on observe lorsqu'il se contracte convenablement, il est au contraire mou et flasque au point quelquefois de ne pouvoir être distingué de la masse intestinale. Lorsque le sang s'accumule dans sa cavité, son volume s'accroît avec rapidité, il se distend, mais en conservant toujours la flaccidité dont nous venons de parler.

Une mort rapide et quelquefois foudroyante suit ces hémorrhagies lorsqu'elles sont très-abondantes. On trouve alors à l'ouverture des cadavres les parois de l'utérus minces, non contractées, affaissées sur elles-mêmes, et flasques.

*Traitement* L'inertie de l'utérus qui se montre dans les premiers momens du travail se dissipe souvent d'elle-même, surtout si les douleurs permettent à la femme de prendre quelques heures de sommeil; il est quelquefois nécessaire d'employer quelques légers stimulans, tels qu'un peu de bon vin ou un consommé; mais il faut toujours se tenir loin de l'abus que les gens du peuple font de ces moyens, et ne pas permettre ces bols de vin chaud sucré et aromatisé, ces liqueurs spiritueuses, dont on gorge souvent les femmes en travail. Avant d'avoir recours à ces toniques, il faut même s'être bien assuré si l'état d'inertie de l'utérus dépend réellement de la faiblesse de la femme, voir s'il ne dépendrait pas plutôt de quelqu'une des autres causes que nous avons indiquées, et les écarter. Nous renvoyons, pour plus de détails, aux traités d'accouchemens de MM. Capuron, Gardien, etc. Nous dirons seulement que, lorsque le travail languit ou se ralentit, et que les forces de la femme s'épuisent, on doit, par tous les moyens possibles, accélérer l'accouchement; ces moyens sont : l'administration du seigle ergoté, la version du fœtus, et l'application du forceps.

Le danger est bien plus pressant et la nécessité d'agir promptement est bien plus impérieuse dans le cas où une hémorrhagie grave est l'effet de l'inertie de la matrice. Si cette hémorrhagie a lieu avant l'expulsion du placenta, la première chose à faire est d'en hâter la sortie par des frictions sur le ventre, par des tractions ménagées, exercées sur le cordon, par l'administration du seigle ergoté et par l'introduction de la main pour l'extraire lorsque le temps presse ou que ces moyens sont sans effet, lorsque l'hémorrhagie survient ou continue après l'expulsion du placenta, il faut en toute hâte appliquer des linges trempés dans un mélange d'eau et de vinaigre froids sur les cuisses et le ventre de la malade, introduire la main dans l'u-

érus pour en solliciter les contractions et le débarrasser des caillots qui le remplissent, y faire les injections d'eau vinaigrée, y porter un citron dépouillé de son écorce, etc. (Voyez les traités d'accouchemens.) De tous ces moyens le seigle ergoté paraît être le plus efficace; nous l'avons employé souvent avec le plus grand succès pour accélérer l'accouchement dans le cas d'inertie de la matrice mais nous n'avons pas eu occasion d'y avoir recours dans le cas d'hémorrhagie; d'autres praticiens, et M. Goupil en particulier, l'ont administré avec un plein succès dans ce dernier cas.

Les médecins anglais, dans l'intention de remédier à l'état de faiblesse quelquefois excessive dans laquelle se trouvent plongées les malades après ces hémorrhagies, ont essayé dans ces derniers temps de pratiquer la transfusion, c'est-à-dire, d'introduire dans une veine du bras de la malade du sang provenant d'un individu. Des faits assez nombreux déjà parlent en faveur de ce moyen (1).

De l'asthénie des organes génitaux.

L'asthénie des organes génitaux est cet état dans lequel l'érection du pénis est impossible; elle s'oppose par conséquent à l'exercice du coït, et constitue l'une des nombreuses causes de l'impuissance. On ignore s'il existe un état asthénique analogue chez la femme, à moins que l'on ne regarde comme tel cette absence de toute sensation agréable ou pénible chez quelques femmes pendant l'acte vénérien.

Cette affection est quelquefois passagère, et d'autres fois plus ou moins prolongée et même permanente. Dans le premier cas, elle reconnaît ordinairement pour causes des affections morales, telles que la haine, la jalousie, le dégoût, la crainte, la frayeur ou la simple défiance de ses forces. Toute cause qui agit fortement sur l'imagination peut aussi la produire; c'est ainsi que, chez les hommes d'un esprit borné et superstitieux, il a suffi de la simple menace de leur *nouer l'aiguillette*, pour paralyser l'action des organes génitaux. Les fortes contentions d'esprit ont le même résultat; enfin elle est souvent l'effet de la trop grande violence des désirs amoureux. Lorsqu'elle est prolongée ou permanente, elle résulte ordinairement de l'action de causes d'un tout autre ordre. La principale est la vieillesse, on la voit souvent aussi être la suite des jouissances prématurées, des excès vénériens, de la masturbation, de la trop grande continence, de l'ivrognerie, et de l'abus du mercure. Une alimentation insuffisante peut également en être la cause; enfin elle est souvent le symptôme des maladies des organes importans de l'économie, spécialement de l'estomac et du cerveau.

Le traitement de cette asthénie doit varier avec les causes qui l'ont produite. Ainsi, lorsqu'elle est l'effet passager d'une affection morale de la nature de celles que nous avons indiquées, toute médication dirigée vers les organes de la génération serait inutile : c'est évidemment l'affection morale qu'il faut détruire, si cela est possible; lorsqu'elle cesse d'elle-même, on voit presque aussitôt reparaître la faculté d'exercer le coït. Le repos de l'esprit et le calme de l'imagination sont également les uniques remèdes de cette asthénie lorsqu'elle dépend des longs travaux intellectuels et des profondes méditations, ou de la trop grande intensité des désirs. Quand elle est le résultat de l'épuisement qui suit les jouissances prématurées, les excès vénériens, la masturbation, ou une alimentation insuffisante, c'est par le repos absolu des organes de la génération et l'usage d'alimens substantiels, nourrissans, des vins généreux et des amers, par les ferrugineux, le quinquina, et tous les toniques qu'on y remédie, plutôt que par les aphrodisiaques. Mais si l'asthénie locale persiste après que l'état de l'individu s'est amélioré, on peut alors employer les stimulans directs et indirects des organes génitaux; tels que les cantharides, le phosphore, les épices, les spiritueux à dose modérée, les demi-bains froids, les vapeurs aromatiques, les frictions avec des substances excitantes sur les parties génitales, l'immersion de ces parties dans une décoction de graine de moutarde, l'électricité, les linimens ammoniacaux, cantharidés ou phosphorés, ainsi que les vésicatoires volans sur les lombes, l'hypogastre, les cuisses ou le périnée; la flagellation, l'urtication; et parmi les alimens, les truffes, les champignons, l'artichaut, le céléri, etc. M. Gall, fondé sur l'idée que l'asthénie des organes génitaux a toujours sa source dans un état analogue du cervelet, conseille d'appliquer à la nuque tous les moyens que nous venons d'indiquer; les vésicatoires sur cette région paraissent surtout efficaces. On ne parvient que difficilement à guérir celle qui est la suite de l'abus des liqueurs spiritueuses, parce qu'elle est toujours liée à l'existence d'une gastro-duodénite chronique ordinairement grave. Celle qui succède à l'emploi trop prolongé du mercure guérit ordinairement par le seul bénéfice du temps et l'emploi de quelques sudorifiques. L'administration des préparations d'or ne serait-elle pas utile dans ces cas pour neutraliser en quelque sorte le mercure dans toute l'économie? L'impuissance amenée par les progrès de l'âge est incurable. Enfin, quand elle dépend d'une irritation chronique de l'estomac ou du cerveau, il faut ramener à son état normal celui de ces organes qui est irrité, pour faire cesser l'asthénie symptomatique.

De la paralysie du mouvement.

Tout ce que nous avons dit de la paralysie du sentiment s'applique aux paralysies du mouvement. Comme elle, en effet, elle est presque toujours symptômatique d'une lésion du cerveau ou de la moelle, et en particulier des racines antérieures des nerfs rachidiens; comme elle aussi, elle se montre parfois idiopathique, mais elle est beaucoup plus rare, et on ne lui connaît pas de causes spéciales. Son traitement repose sur les mêmes bases et se compose des mêmes moyens que celui de l'anesthésie : remonter à la lésion du cerveau, de la moelle ou des cordons nerveux, quand il en existe une, et diriger ses moyens thé-

(1) *Archives générales de médecine*, tom. IX; XII; XII et XVII.

rapeutiques contre cette lésion; dans le cas contraire, essayer de ranimer les contractions musculaires par tous les stimulans cutanés, par l'électricité, le galvanisme, par l'administration de la noix vomique, etc., telle en est la thérapeutique.

*Asthénies de l'intelligence.*

Du collapsus.

Nous désignons par le nom de collapsus un état d'asthénie du cerveau, dans lequel cet organe cesse momentanément de pouvoir exercer ses fonctions intellectuelles dans toute leur plénitude accoutumée. On le voit survenir à la suite des excès vénériens, de la masturbation, de la fatigue excessive, pendant les grandes chaleurs, dans les temps d'orage, et surtout après les méditations profondes sur des matières de nature à fatiguer fortement l'attention. Les individus qui l'éprouvent se plaignent de ne plus pouvoir assembler leurs idées, la mémoire les abandonne, tout travail intellectuel leur est impossible, souvent même ils ont de la peine à suivre une conversation, il leur est surtout impossible de soutenir la discussion sur les sciences même qui leur sont le plus familières. Cependant il conservent l'intelligence des choses usuelles, et eux seuls s'aperçoivent ordinairement de l'affaiblissement qu'éprouvent leurs facultés intellectuelles. Le repos, le sommeil, le vin, toutes les liqueurs spiritueuses, le thé, et principalement le café, suffisent pour rendre au cerveau l'activité qu'il a momentanément perdue. Mais les hommes qui se livrent aux travaux du cabinet doivent éviter autant que possible de réveiller par des stimulans leur cerveau fatigué et tombé dans le collapsus, sinon, à part les inconvéniens qui peuvent en résulter pour l'estomac, ils finissent par ne pouvoir plus méditer ni composer sans avoir recours à ces excitans : peu à peu ils sont forcés d'en augmenter la dose et l'énergie, et tôt ou tard des maux de tête, des vertiges, des étourdissemens, avant-coureurs d'une attaque d'apoplexie ou d'une désorganisation lente du cerveau, viennent les avertir du danger qu'entraîne l'abus des stimulans cérébraux. C'est au sommeil, c'est au repos de l'organe de la pensée qu'ils doivent avoir recours pour lui rendre son énergie.

De la démence.

On entend par démence, l'inactivité, l'affaiblissement ou l'abolition entière de l'intelligence, joints à une indifférence ou une nullité morale variable, et survenant accidentellement *chez un individu qui a joui de l'intelligence.* C'est ce dernier caractère qui établit la différence entre la démence et l'idiotisme. Nous avons déjà dit, en traitant de la folie, que la démence succédait ordinairement à la manie ou à la monomanie, et qu'elle était quelquefois l'effet des progrès de l'âge; et nous en avons en même temps fait connaître les symptômes, le pronostic et le traitement. C'est donc moins une maladie que le dernier terme d'autres affections. Cependant lorsqu'elle est primitive, qu'elle est l'effet des progrès de l'âge, elle constitue bien évidemment une maladie particulière dont nous devrions tracer ici l'histoire. Mais qu'aurions-nous à dire, si ce n'est que ses symptômes ne diffèrent en rien de ceux de la démence consécutive aux autres genres de folie, et qu'elle est incurable?

De l'idiotie.

Avec M. Esquirol et Georget, nous donnons le nom d'*idiotie* ou *idiotisme* à cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne sont jamais développées.

*Causes.* Une disposition héréditaire est souvent la cause de l'idiotisme; on croit aussi que les affections morales, vives et pénibles, éprouvées par la mère pendant la grossesse, peuvent la produire. Elle est quelquefois le résultat des violences exercées sur la tête de l'enfant pendant l'accouchement, des coups ou des chutes sur cette partie, des vives frayeurs, des inflammations du cerveau, des violentes convulsions et de l'épilepsie. Mais on ignore souvent quelle en est la cause. (1).

*Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic.* L'intelligence n'est pas affaiblie au même degré chez tous les idiots. Quelques uns ont encore quelques idées, un usage borné de la parole, un peu de mémoire, et font quelques actions raisonnables; ce sont les *imbéciles.* Chez les autres au contraire l'intelligence est nulle ou presque nulle; ce sont ceux-là que l'on désigne plus spécialement par la qualification d'*idiots.* Parmi les uns et les autres, il existe encore beaucoup de degrés qui pourraient donner lieu à un grand nombre de subdivisions, mais cela serait entièrement inutile. En général les imbéciles ne sont capables ni de calculs un tant soit peu compliqués, ni de raisonnement; ils ne prévoient pas l'avenir, leur langage se compose d'un petit nombre de mots qu'ils prononcent souvent fort mal; ils ne font le calcul le plus simple qu'au moyen d'objets sensibles; on ne peut leur apprendre ni à lire ni à écrire; ils sont incapables de se livrer aux arts mécaniques, et tout ce qu'ils savent se réduit à connaître la valeur de l'argent et à en faire usage, à rechercher l'union des sexes, à se vêtir, et à pourvoir à leurs besoins. Plusieurs sont enclins au vol et très-rusés. (Georget.) Quant aux vrais idiots, ils ne possèdent pas même cette faible dose d'intelligence : quelques uns paraissent étrangers à toute sensation; ils ne sentent ni le froid ni la faim, ni la douleur, il faut leur mettre les alimens dans la bouche, et ils ne paraissent pas même savoir regarder. D'autres reconnaissent les alimens et s'en emparent; ils voient les objets et les évitent, ils se tournent du côté d'où vient le son; ils sentent la douleur, ils sont susceptibles de colère; mais il faut les vêtir; ils restent exposés au froid, et ne songent à manger que lorsqu'ils voient de la nourriture : quelques gestes et quelques cris forment tous leurs moyens d'expression. Certains, plus intelligens, paraissent regarder quelques objets avec un sentiment de plaisir mêlé de curiosité; ils se portent vers les alimens qu'ils aperçoivent et s'en emparent; ils reconnaissent les personnes

(1) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes article IDIOTISME.

qui les soignent ; ils indiquent parfois, à l'aide des gestes ou des cris, les objets de leurs désirs ; ils manifestent la joie et le chagrin ; mais ils ne savent ni se vêtir, ni se coucher, ni satisfaire à leurs besoins, et peuvent à peine retenir un ou deux mots qu'on leur a souvent répétés. Enfin, il en est qui reconnaissent les personnes avec lesquelles ils vivent, leur témoignent de l'affection s'ils ont à s'en louer, aident à se vêtir, comprennent quelques questions, vont chercher leur nourriture, articulent mal plusieurs mots, mais ne sont capables d'aucun travail et restent tout le jour assis ou couchés, ou à se promener. Georget, qui nous fournit ces détails, a vu des jeunes filles de cette classe avoir un vif penchant au plaisir de l'amour, très-bien distinguer les sexes, montrer beaucoup de joie en voyant des hommes, se parer, et affecter des airs de coquetterie (1).

Excepté celles du cerveau, toutes les fonctions s'exercent régulièrement chez les imbéciles et les idiots. Presque tous sont d'une malpropreté dégoûtante ; ils se livrent souvent à la masturbation avec fureur ; plusieurs sont sujets à des accès de colère et même de fureur dangereuse ; la plupart sont de petite stature ; quelques uns sont hémiplégiques, paraplégiques, avec ou sans atrophie ou contracture des membres ; leur tête est presque toujours mal conformée. Les vices de conformation qu'elle présente ordinairement sont la petitesse du crâne, l'étendue disproportionnée du diamètre fronto-occipital, l'aplatissement des pariétaux vers la suture temporale, celui de l'occipital ou du coronal, et enfin l'inégalité des deux portions droite et gauche du crâne. La physionomie des idiots et des imbéciles annonce leur manque d'intelligence.

L'idiotie et l'imbécillité sont incurables ; seulement on peut par l'éducation perfectionner un peu l'intelligence des imbéciles. Quelques uns, après être restés très bornés jusqu'à dix ou douze ans, ont vu tout à coup leurs facultés intellectuelles se développer. La plupart des idiots meurent avant trente ans dans les hospices ; les imbéciles vivent plus long-temps : cela tient sans doute à ce que les premiers sont bien plus fréquemment atteints de scrofules, d'épilepsie, de paralysie et de rachitisme, à ce qu'ils restent davantage exposés aux intempéries des saisons, enfin à ce que les phlegmasies des organes intérieurs font chez eux des ravages très-considérables sans développer pour ainsi dire de symptômes. (Georget.)

*Caractères anatomiques.* L'idiotie et l'imbécillité reconnaissent une foule de causes différentes, mais qui toutes en dernière analyse empêchent l'action du cerveau. Ainsi, outre les vices de conformation extérieure dont nous avons déjà parlé, on trouve quelquefois les os du crâne épaissis ; d'autres fois l'encéphale petit et les circonvolutions cérébrales moins épaisses, moins profondes, et souvent moins nombreuses ; tantôt la substance médullaire des hémisphères cérébraux endurcie sans changement de couleur ; tantôt un hémisphère atrophié ; chez quelques uns, des traces d'arachnoïdite avec ou sans épanchement, ou des traces d'inflammation du cerveau lui-même ; chez d'autres, un défaut de développement de certaines parties ; enfin, suivant Malacarne, le cervelet présentant un moins grand nombre de lames que dans l'état normal. Ainsi, l'idiotisme et l'imbécillité ne sont que des symptômes de maladies diverses, dont les unes appartiennent aux inflammations, d'autres aux vices de conformation, et plusieurs à des altérations dont la nature n'est pas bien connue (Georget).

(1) *Dictionnaire et article cités.*

*Traitement.* Nous avons dit que l'idiotisme et l'imbécillité étaient incurables. Que peut l'art en effet contre des désordres aussi graves que ceux que nous venons d'esquisser ? Tout ce que l'on peut faire, c'est d'essayer de développer l'intelligence de ceux de ces malheureux qui en sont susceptibles, mais en n'exigeant pas d'eux plus que leur intelligence ne le comporte, car ce serait vouloir les rendre stupides. Cependant, lorsque la tête est bien conformée, on peut soupçonner qu'une phlegmasie encéphalique est la cause du manque de facultés intellectuelles, et agir en conséquence, par les ventouses scarifiées sur toute l'étendue de la tête, par quelques sangsues, des moxas, des cautères, des sétons, des vésicatoires à la nuque et le long du rachis, et par l'emploi des purgatifs continus destinés à établir une révulsion sur le tube intestinal. On doit surtout tenter ces moyens et on peut même espérer de le faire avec succès, si l'intelligence a commencé à s'affaiblir après la naissance, s'il y a peu de temps encore d'écoulé, et enfin s'il n'existe pas de paralysie qui puisse faire craindre des désordres profonds dans l'encéphale.

### *Asthénies du sentiment, du mouvement, et de l'intelligence.*

#### De la congélation.

Le froid, lorsqu'il est intense, exerce, sur les parties soumises à son action, une influence stupéfiante, qui en affaiblit la sensibilité, en paralyse les mouvemens, y diminue la circulation et la chaleur, et, lorsqu'il se prolonge ou qu'il est trop violent, y éteint la vie sans retour. Quand son action est générale, sentiment, mouvement, intelligence, circulation et respiration, tout s'affaiblit dans l'individu ou cesse pour toujours. On désigne ces effets par le nom de *congélation*.

*Causes.* Les hommes doués d'une grande énergie morale et de beaucoup d'activité, ceux qui se trouvent dans un état d'exaltation cérébrale, comme les maniaques, ceux qui ont de vastes poumons, ceux dont les contractions du cœur sont fortes et rapides, et en général la plupart des hommes de petite stature, résistent beaucoup plus efficacement à l'influence délétère du froid, que les individus qui offrent des dispositions contraires. Ainsi cet agent sévit principalement sur les êtres apathiques, sur ceux qui se laissent abattre ou qui sont en proie à des passions tristes, sur ceux dont les mouvemens sont lents, sur les individus à poitrine étroite, à cœur peu énergique, et en général sur les hommes d'une taille élevée. Mais il faut aussi tenir compte de l'habitude, car un individu né sous l'équateur, quoique doué de l'organisation la plus vigoureuse, éprouvera de bien plus fâcheux effets du froid, qu'un Russe de la constitution la plus

délicate. Enfin il est des circonstances qui favorisent l'action du froid, ce sont : les grandes fatigues, la privation d'alimens, l'ivresse, et le sommeil; on peut donc les regarder comme des causes prédisposantes de la congélation.

*Symptômes*, *marche*, etc. Les parties les plus éloignées du cœur, celles surtout dans lesquelles la circulation est la moins active, sont bien plus fréquemment atteintes de congélation que les autres : telles sont les pieds, les mains, les oreilles et le nez.

Suivant l'intensité du froid et la résistance que l'individu oppose à son action, la congélation est plus ou moins profonde et plus ou moins grave. Dans un premier degré, la peau est d'un rouge obscur, elle est le siége de douleurs cuisantes et d'un sentiment d'engourdissement ; toute la partie est froide, et ses mouvemens sont difficiles. Si le froid a agi plus fortement, outre ces symptômes et une plus grande difficulté dans les mouvemens, il y a formation de phlyctènes à la surface de la peau. A un degré plus élevé de congélation, ces phlyctènes recouvrent des taches blanches, grisâtres ou livides, qui sont de véritables escharres, semblables à celles d'une brûlure au troisième degré. Quand la congélation est plus forte encore, la peau est terne, pâle, décolorée, froide, glacée, quelquefois elle offre une teinte grisâtre ou noirâtre ; elle est entièrement insensible et frappée de mort dans toute son épaisseur. Enfin, dans le plus haut degré de la congélation, ces symptômes existent encore, mais le membre est atteint dans toute son épaisseur, et entièrement privé de mouvement et de sentiment. Cependant il ne faut pas se hâter sur ces seuls signes, de regarder le membre comme frappé de gangrène et perdu sans ressource ; souvent encore, dans cet état, il est susceptible d'être rendu à ses fonctions, et tant que la putréfaction ne s'en est pas emparée, on peut espérer encore de le rappeler à la vie, et l'on doit agir en conséquence.

Lorsque le froid exerce son action funeste sur tout l'individu, ses effets s'annoncent ordinairement par un frisson semblable à celui des irritations intermittentes, auquel succèdent bientôt des vertiges, un penchant insurmontable au sommeil, le ralentissement d'abord, et bientôt la suspension de la circulation et de la respiration, la raideur des membres et du tronc, et enfin la mort ou un état léthargique qui la simule parfaitement, et qui peut durer plusieurs jours.

*Traitement*. Ce n'est pas en exposant au feu les parties ou les individus congelés, que l'on parvient à les ranimer. Une telle pratique est au contraire suivie des plus graves accidens, et la gangrène en est presque toujours la suite. Il faut ne rendre la chaleur que par degrés insensibles, et, à cet effet, on commence par frictionner doucement le membre affecté avec de la neige ou de la glace pilée ; ensuite on fait des lotions avec de l'eau de Goulard, ou des eaux spiritueuses aromatiques, dont on augmente graduellement la température à mesure que l'on voit l'action organique se rétablir, et enfin on arrive aux liquides tièdes. Il est avantageux alors, si la congélation est bornée à un membre de l'entourer d'un bandage roulé et médiocrement serré, dans le but de s'opposer à l'afflux et au gonflement qui suivent ordinairement la réaction. C'est alors aussi que l'on administre avec succès quelques boissons stimulantes, telles que le vin, et surtout les bouillons gras et chauds. On se borne à ouvrir les phlyctènes sans enlever l'épiderme, on les couvre de cérat saturné et opiacé, et on enveloppe le membre de fomentations aromatiques. Mais si la partie est gangrénée, ces moyens ne suffisent plus ; nous dirons, en traitant spécialement de la gangrène, ce qu'il faut faire alors.

Le traitement est encore à peu près le même lorsque l'individu est dans un état de mort apparente. On frictionne aussi tout le corps avec de la neige, puis avec de l'eau de Goulard, etc., mais en même temps, on doit chercher à ranimer la respiration, la circulation, et l'action cérébrale, par des frictions sèches sur l'épigastre et la région du cœur, en insufflant de l'air chaud dans les poumons, en titillant la luette avec la barbe d'une plume, et en faisant couler quelques gouttes de liqueurs spiritueuses dans la bouche et l'estomac de l'individu. On a recours avec avantage à la saignée générale, lorsque le malade est sanguin et pléthorique qu'il paraît être dans un état apoplectique. Le malade doit toujours être placé dans un lieu dont la température ne s'élève pas à plus de deux ou trois degrés au-dessus de zéro.

### De la syncope.

On donne le nom de syncope à la suspension subite des mouvemens du cœur, de la fonction respiratoire, du sentiment, des mouvemens volontaires, et des fonctions intellectuelles. C'est tantôt par le cœur et tantôt par le cerveau que cet état commence, tandis que dans l'asphyxie, que nous décrirons plus bas, le trouble commence toujours par les poumons, et dans l'apoplexie, toujours par le cerveau. La syncope est presque constamment un symptôme plutôt qu'un état morbide; elle accompagne la plupart des maladies du cœur et du péricarde, et toutes les maladies très-douloureuses ; mais elle est plus fréquemment encore l'effet passager des pertes de sang, des vives douleurs, des fortes impressions morales, et chez les personnes très-impressionnables, comme certaines femmes, de la vue d'objets dégoûtans, des odeurs pénétrantes ou douces et nauséeuses, de quelques sons, tels que ceux de l'harmonica et même du toucher de certains corps. Elle est quelquefois subite comme la foudre; d'autres fois elle est précédée d'anxiété épigastrique et de nausées, mais elle est toujours prompte à se manifester. La première sensation a ordinairement lieu vers la région du cœur, et les malades l'expriment, en disant que *le cœur leur manque* ; bientôt la vue s'obscurcit, les oreilles tintent, le visage pâlit, les extrémités se refroidissent, le sentiment s'évanouit, et le corps s'affaisse et tombe privé de sentiment et de mouvement. L'intelligence se conserve quelquefois, c'est-à-dire que le malade entend tout ce qui se dit et se fait autour de lui, mais il ne peut parler. Cet état se dissipe ordinairement de lui-même au bout de quelques minutes ; on le voit cependant se prolonger parfois

pendant plusieurs heures et même plusieurs jours; mais ces cas sont extrêmement rares. Le coucher horizontal, l'éther, l'eau de fleurs d'oranger, l'eau distillée de mélisse, et l'eau de Cologne, que l'on fait respirer, et dont on fait avaler quelques gouttes aux malades, le vinaigre que l'on emploie à frotter les lèvres, les narines et les tempes, et les aspersions d'eau froide sur la figure, tels sont les moyens simples auxquels on a généralement recours dans la syncope. Si elle se prolongeait d'une manière inquiétante, on pourrait chatouiller la luette avec la barbe d'une plume, introduire des poudres sternutatoires dans les fosses nasales, stimuler la peau à l'aide de sinapismes bien chauds, et même employer l'électricité; mais il est excessivement rare que l'on soit forcé de recourir à ces moyens.

### De l'asphyxie (1).

On s'accorde généralement aujourd'hui à donner le nom d'asphyxie à toute suspension de la respiration, quelle qu'en soit la cause, assez persistante pour entraîner la suspension de la circulation et celle de l'action cérébrale, et produire un état de mort apparente. Cette affection n'est pas toujours une asthénie, mais cet état morbide y prédomine assez constamment pour marquer ici sa place.

*Causes.* Les causes de l'asphyxie sont de plusieurs ordres. Tantôt elle est produite par le simple défaut d'air, soit qu'une cause mécanique ait empêché ce gaz de pénétrer dans l'arbre bronchique, soit que l'immersion du corps dans l'eau ait produit le même effet, soit enfin que l'individu ait respiré des gaz impropres à l'hématose, mais cependant inertes. Tantôt elle résulte de l'inspiration de gaz malfaisans, dont l'action ne se borne pas par conséquent à empêcher le contact vivifiant de l'air atmosphérique sur la membrane muqueuse des bronches, mais qui en même temps irritent violemment le poumon, ou bien exercent sur cet organe et le sang qui le traverse une action stupéfiante plus ou moins forte; et qui, venant à être absorbés, vont en outre porter leur influence irritante ou délétère sur le cœur et le cerveau. Enfin, elle dépend quelquefois du défaut d'action des organes pulmonaires eux-mêmes.

Au premier ordre de causes se rapportent : 1° la suffocation produite par l'occlusion du nez et de la bouche, la strangulation avec la main ou à l'aide d'une corde, l'oblitération de la glotte par le gonflement de ses lèvres ou par une production morbide développée sur ses bords, la compression de la trachée par la tuméfaction énorme du corps thyroïde, ou par la présence d'un corps étranger dans l'œsophage, l'occlusion de ce conduit de l'air par l'introduction d'un corps étranger; 2° la submersion du corps dans l'eau; et 3° l'inspiration des gaz azote, hydrogène, et de l'air altéré, soit par la combustion, soit par la respiration. On a distingué ces diverses asphyxies par les noms d'*asphyxies par suffocation*, *par strangulation*, *par compression*, *par submersion*, et *par gaz non respirables*.

Le second ordre de causes comprend tous les gaz délétères, tels que : le protoxyde d'azote, l'hydrogène carboné, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone qui tiennent le milieu entre les précédens et ceux qui suivent, savoir : le chlore, l'oxyde de chlore, les acides chlorique et hydro-chlorique, le gaz acide sulfureux, le gaz nitreux, et l'ammoniaque, qui ne sont qu'irritans, et les gaz hydrogène phosphoré, sulfuré, potassié, telluré, arsénié, sélénié, l'azote carboné ou cyanogène, les acides fluo-borique, fluorique silicé, iodique, hydriodique, et l'hydrosulfate d'ammoniaque, qui exercent une action délétère plus ou moins profonde. L'asphyxie, produite par les premiers de ces gaz, a reçu le nom d'*asphyxie par gaz irritans*, et celle qui est l'effet des derniers est appelée *asphyxie par gaz délétères*, ou *empoisonnement par les gaz*.

Enfin, le troisième ordre de causes ne comprend que l'asthénie du poumon ou des muscles inspirateurs. Telle est l'*asphyxie des nouveau-nés*, et celle qui survient quelquefois dans les très-fortes attaques d'épilepsie et d'hystérie.

Devons-nous considérer toutes ces asphyxies comme autant d'espèces différentes, ou n'y voir que de simples variétés produites par la diversité des causes : c'est une opinion mixte que nous adopterons. En effet, si d'une part l'asphyxie consiste dans tous les cas dans la suspension de la respiration, produisant celle de la circulation et de l'action cérébrale par le défaut d'hématose, si les symptômes restent fondamentalement les mêmes, si les moyens thérapeutiques qui conviennent à l'une sont en majeure partie applicables aux autres; d'un autre côté, on ne peut pas, rigoureusement parlant, considérer comme une asthénie l'asphyxie qui dépend d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air dans les voies de la respiration; on peut encore moins considérer comme telle celle qui est produite par l'inspiration des gaz irritans, et le traitement réclame parfois quelques modifications suivant la nature des causes. Il y a donc autant de motifs pour ne pas séparer les diverses asphyxies, que pour ne pas les confondre. Au reste, ce n'est souvent qu'un symptôme que les auteurs ont décrit sous ce nom, et peut-être aurions-nous dû nous affranchir de la routine, et renvoyer l'histoire de l'asphyxie en partie dans la classe des *obstructions des conduits naturels* (asphyxies par strangulation, par suffocation); en partie dans la classe des *altérations de tissus par la présence de corps étrangers* (asphyxies par les différens gaz, et ne parler ici que de l'asphyxie des nouveau-nés, des hystériques et des épileptiques.

*Symptômes, marche*, etc. Lorsque l'asphyxie s'opère graduellement, voici quels symptômes se manifestent. Un sentiment d'angoisse, né du besoin de respirer, est d'abord éprouvé par l'individu; cette anxiété s'accroît et l'asphyxié bâille, soupire, et cherche à humer l'air; bientôt il est pris de vertiges, de pesanteurs de tête, sa face, ses lèvres, toutes les origines des membranes muqueuses, et souvent toute la peau, deviennent bleues et violettes; les organes des sens ne tardent pas à être insensibles aux impressions; le cerveau cesse de perce-

(1) Voyez *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tom. III, paga 542, article ASPHYXIE; par M. A. Devergie.

voir les sensations et d'entretenir les contractions musculaires, et l'individu tombe dans un état de mort apparente. Cependant la circulation n'est pas encore abolie ; elle s'arrête enfin, et la chaleur seule du corps se conserve encore long-temps. Quand l'asphyxie est prompte ou subite, la cessation de toutes les fonctions se fait probablement dans le même ordre, mais elle est instantanée, ce qui empêche d'en juger ; la face, les lèvres, etc., sont moins violettes et moins livides que dans le premier cas.

Outre ces phénomènes, morbides on en observe de *congestion* cérébrale dans les asphyxies produites par la strangulation et par la submersion ; d'irritation cérébrale, dans celles qui sont l'effet des gaz protoxyde d'azote, hydrogène carboné, oxyde de carbone, acide carbonique ; et d'irritation pulmonaire, dans celles que déterminent le chlore l'oxyde de chlore, les acides chloreux, hydrochlorique et hydriodique, l'hydrogène phosphoré, le deutoxyde d'azote ou gaz nitreux, les acides sulfureux, fluo-borique, fluo-borique silicé, et le gaz ammoniac. Les symptômes de congestion cérébrale qui s'ajoutent à ceux de l'asphyxie ou les modifient, sont la rougeur de la face et des yeux, le gonflement des lèvres, et la tuméfaction de la face elle-même. Il y a de plus douleur de tête vive dans les asphyxies avec irritation cérébrale, ainsi que l'on peut s'en convaincre lorsque l'asphyxie n'est pas complète, ou lorsque les secours de l'art sont parvenus à la dissiper. Le mal de tête persiste alors après la cessation de l'asphyxie, et nous avons vu l'inflammation du cerveau succéder à l'asphyxie par le gaz acide carbonique. Lorsqu'il n'y a que simple congestion, comme dans les asphyxies par strangulation et par submersion, la tête n'est pas douloureuse pendant ni après l'asphyxie, elle est seulement pesante et étonnée. Quant aux symptômes d'irritation pulmonaire, qui accompagnent les asphyxies incomplètes produites par les gaz précédemment indiqués, ils consistent dans une toux des plus vives, très-douloureuse, suivie de l'expectoration d'un liquide écumeux, souvent sanguinolent, et participant plus ou moins de l'odeur ou de la couleur du gaz respiré. Les asphyxies par les gaz hydrogène sulfuré, arsénié, telluré, potassié et sélénié, azote carboné ou cyanogène, et hydrosulfate d'ammoniaque ou *plomb*, ou gaz des fosses d'aisance, ne présentent de symptômes particuliers qu'une grande flaccidité de tout le système musculaire, et quelquefois l'odeur du gaz délétère. Enfin, l'asphyxie des nouveau-nés a pour symptômes particuliers la pâleur et la décoloration de toute la peau, et surtout de la face et des lèvres, et la flaccidité des membres jointe à l'absence de la respiration et de la circulation.

Il suit de ce qui précède, que la meilleure division des asphyxies, celle du moins qui serait la plus médicale, est celle qui les partagerait en cinq classes, savoir : asphyxies simples, asphyxies avec congestion cérébrale, asphyxies avec irritation cérébrale, asphyxies avec irritation pulmonaire, et enfin asphyxies avec empoisonnement par gaz.

L'asphyxie qui n'est pas produite par les gaz délétères peut durer près d'une heure sans donner la mort, tandis que celle-ci est très-promptement mortelle. Elle est par conséquent la plus grave de toutes ; celles avec irritation pulmonaire et avec irritation cérébrale viennent ensuite et à peu près sur la même ligne. L'asphyxie par strangulation moins grave que les précédentes, l'est plus que celle par submersion ; et enfin, c'est celle des nouveau-nés qui peut être dissipée après un plus long laps de temps. En établissant ces bases du pronostic, nous supposons l'asphyxie complète dans tous les cas ; mais lorsqu'elle n'est pas complète, c'est peut-être celle qui est accompagnée d'irritation pulmonaire qui est la plus grave de toutes : cette irritation est ordinairement si vive qu'elle entraîne presque toujours la mort.

*Caractères anatomiques.* A la suite de l'asphyxie qui a été pour ainsi dire instantanée, on ne trouve sur les cadavres que des lésions peu remarquables ; elles consistent dans un léger engorgement du système vasculaire à sang noir. Lorsqu'elle a été lente, au contraire, on voit les tégumens presque entièrement livides, la face surtout est bleuâtre et gorgée de sang, les lèvres sont violettes et tuméfiées, et le sang engorge le foie, la rate, et surtout les poumons. Les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire et toutes les grosses veines sont également remplies par ce fluide, tandis que les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, et le système artériel, en sont entièrement vides : ce sang est toujours liquide et noir. On conçoit que ces désordres doivent être d'autant plus marqués que l'asphyxie a été plus lente à s'opérer, et d'autant moins au contraire qu'elle a été plus rapidement mortelle.

A ces désordres cadavériques il faut joindre ceux de la congestion cérébrale, à la suite des asphyxies par strangulation et par submersion, lesquels consistent dans l'engorgement des sinus de la dure-mère et l'injection de toute la substance cérébrale. Après les asphyxies produites par les gaz protoxyde d'azote, acide carbonique, etc., on trouve quelquefois la substance cérébrale enflammée (Voyez *Cérébrite.*) On rencontre les traces de la pneumonite, telles que rougeur des bronches, mucus sanguinolent à leur surface, etc., lorsque l'asphyxie a été l'effet des gaz irritans ; le sang est tout-à-fait privé de cohésion et très-noir après l'inspiration des gaz délétères ; les muscles sont flasques et complètement insensibles à l'action de la pile, et le cadavre exhale l'odeur d'amandes amères, si l'empoisonnement a eu lieu par le gaz azote carboné ou cyanogène, et celle d'œufs pourris, lorsque c'est le gaz hydrogène sulfuré qui a donné la mort ; il est probable que l'ammoniaque décèle aussi son odeur. Enfin, dans l'asphyxie des nouveau-nés, on trouve les poumons flétris, d'un rouge obscur, et d'un petit volume comparativement à la cavité qui les renferme ; ils ne crépitent pas, comprimés sous l'eau, ils ne laissent pas dégager d'air.

*Traitement.* Le traitement de l'asphyxie en général consiste à neutraliser le gaz irritant ou délétère qui remplit les cellules bronchiques, à le remplacer par de l'air respirable, à réveiller la sensibilité par tous les excitans possibles, et à combattre la congestion ou l'irritation cérébrale, ou l'irritation pulmonaire coexistantes.

La première de ces indications ne peut être remplie que pour un petit nombre de gaz. Ainsi on a recommandé de chercher à neutraliser le chlore et les gaz qui en contiennent par l'ammoniaque, et celui-ci, ainsi que tous les gaz qui contiennent de l'hydrogène, par le chlore. A cet effet, on prescrit de passer à diverses reprises sous les narines des asphyxiés des flacons pleins de ces gaz, en dissolution dans l'eau ou à leur état de fluides élastiques, et on en répand dans l'air qui les entoure. Mais l'expérience a fait voir que l'inspiration du chlore à l'état de gaz avait souvent les plus grands inconvéniens. Presque chaque fois qu'on l'a fait inspirer aux asphyxiés par l'hydrogène sulfuré ils ont été pris immédiatement de mouvemens convulsifs, et la mort en a peut-être été hâtée; son action irritante sur les poumons est d'ailleurs des plus vives. Il vaut donc mieux dans ces cas employer la dissolution de chlorure d'oxide de sodium de M. Labarraque, ainsi que ce savant pharmacien l'a fait lui-même avec succès pour un individu asphyxié par le gaz des fosses d'aisance (1). On conserve de la sorte tous les avantages du chlore, et on en écarte les inconvéniens. Après cette première précaution, si elle reste insuffisante, on doit insuffler de l'air pur dans les voies pulmonaires, à l'aide d'un soufflet. Ce moyen est toujours utile, et dans plusieurs asphyxies, telles que celles des nouveau-nés, des hystériques, des épileptiques, des noyés, et dans toutes celles qui sont produites par la simple inspiration d'un gaz impropre à la respiration, il est indispensable d'y avoir recours; il suffit même ordinairement seul pour rappeler l'asphyxié à la vie : du moins, dans ces cas, tous les autres moyens sont secondaires, et leur influence ne peut être mise en parallèle avec l'insufflation pulmonaire. Chez les nouveau-nés, il est toujours plus facile d'insuffler de l'air avec sa bouche qu'avec un soufflet; on place seulement un linge fin sur la bouche de l'enfant pour éviter un contact répugnant. Ce mode d'insufflation serait peut-être aussi préférable dans tous les cas d'asphyxies par gaz non respirable, car nous ne pensons pas que la petite quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré puisse être nuisible; mais il serait dangereux pour l'opérateur de l'employer contre les asphyxies produites par des gaz délétères.

On remplit la troisième indication, celle qui consiste à réveiller l'irritabilité par les excitans, en faisant arriver dans les fosses nasales des poudres sternutatoires, des vapeurs d'éther, de vinaigre, d'ammoniaque ou d'acide sulfureux; en chatouillant la luette avec les barbes d'une plume; en introduisant dans la bouche des substances fortement sapides, telles que du sel; en ingérant de l'émétique dans l'estomac, lorsque le gaz n'est pas de nature à exercer aucune action irritante sur l'encéphale ou le poumon; en administrant des lavemens purgatifs; en frictionnant fortement la peau dans tous les points de son étendue, et principalement à la région précordiale, soit avec une brosse ou une flanelle sèche, soit avec un liquide irritant, comme l'eau-de-vie ou l'esprit de vin, le vinaigre, etc.; en la rubéfiant par des cataplasmes de moutarde très-chauds, ou par de l'eau bouillante; en la pinçant ou la tordant, en tiraillant les poils, et enfin par l'électricité.

(1) *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, janvier et février 1815, et *Journal général de médecine française et étrangère*, mars 1823.

Quant aux moyens de combattre la congestion ou l'irritation cérébrale, ou l'irritation pulmonaire co-existantes, ils ne diffèrent pas de ceux que l'on emploie ordinairement contre ces états morbides isolés. Ils consistent donc dans les saignées du bras, du pied, ou de la jugulaire, les saignées locales aux tempes ou derrière les oreilles, ou sous les clavicules, suivant les cas. Cependant il faut faire les saignées peu abondantes tant que la respiration ne s'est pas rétablie jusqu'à un certain point; mais lorsqu'elle l'est, on doit traiter celui des états morbides qui persiste, avec toute l'énergie possible, par les moyens indiqués. On retire de grands avantages de l'inspiration continue de vapeurs abondantes d'eau simple ou d'eau chargée de principes émolliens, lorsque les poumons ont été violemment irrités par le gaz. Nous avons éprouvé d'excellens effets, dans l'asphyxie par le gaz acide carbonique, de l'application autour des malléoles de cataplasmes de moutarde très-chauds.

Quelques précautions particulières sont à prendre dans certaines asphyxies. Ainsi, il faut toujours commencer par débarrasser les noyés de leurs vêtemens humides, et se hâter de réchauffer, mais graduellement, toutes les parties du corps, par des serviettes chaudes, des sachets pleins de cendre chaude que l'on promène sur la peau, etc. L'individu doit être placé dans une position presque horizontale, la tête seulement un peu plus élevée que le tronc. Enfin, on essaie de lui ingérer quelques cuillerées d'un liquide stimulant lorsque la respiration commence à s'opérer de nouveau. Les corps des individus asphyxiés par le gaz acide carbonique et les gaz de nature analogue, et même par les gaz délétères, conservent très-long-temps leur chaleur; aussi ne doit-on pas craindre de les exposer à l'air frais. Il est même avantageux, dans beaucoup de cas, de faire des lotions et des aspersions d'eau vinaigrée. Enfin, après avoir neutralisé les gaz délétères, il est presque toujours préférable d'insuffler du gaz oxygène plutôt que de l'air. Ce gaz stimule, sans l'irriter trop fortement, la membrane muqueuse pulmonaire affaiblie par le gaz délétère, et rend au sang les qualités qu'il a perdues.

### De la paralysie du mouvement et du sentiment.

Il est rare que le mouvement et le sentiment soient paralysés en même temps, sans qu'il existe une lésion profonde dans le cerveau ou dans la moelle épinière; peut-être même cela n'arrive-t-il jamais. On lit cependant çà et là quelques observations qui tendent à établir la possibilité de ce fait, mais ces observations sont en général incomplètes, et la science attend de nouveaux faits sur cette matière. S'il existait des paralysies idiopathiques du mouvement et du sentiment, on devrait les traiter par les mêmes moyens que nous avons indiqués contre chacune de ces paralysies en particulier.

# ORDRE TROISIÈME.

## ASTHÉNIES NUTRITIVES OU ATROPHIES.

### De l'atrophie en général.

L'atrophie n'est le plus souvent que le symptôme d'une autre affection, mais elle est quelquefois aussi primitive. On ignore si tous les tissus en sont susceptibles, et jusqu'ici on ne l'a observée que dans le système nerveux, et surtout dans le cerveau, dans le tissu cellulaire, l'œil, la glande parotide, les muscles, le cœur, le foie, les reins, les testicules, et les bulbes des cheveux. Nous ne décrirons pas séparément toutes ces asthénies nutritives; la plupart sont peu importantes à étudier, et leur histoire peut être faite en peu de mots. Ainsi, l'atrophie de l'un ou des deux hémisphères du cerveau est l'une des causes fréquentes de l'idiotie et de l'atrophie *congéniale* et si considérable des membres paralysés de plusieurs idiots; l'atrophie des membres est assez fréquemment aussi produite par l'atrophie du cordon rachidien ou des principaux troncs nerveux; l'atrophie du tissu cellulaire diffère de l'amaigrissement, en ce qu'elle ne consiste pas seulement dans l'absorption de la graisse, mais encore dans le dessèchement des lames du tissu cellulaire, qui les rend friables et coriaces, état qui ne peut être reconnu que sur le cadavre; l'atrophie de l'œil est presque toujours l'effet de l'évacuation de ses humeurs, soit spontanée, soit provoquée par l'art; celle de la parotide n'a été observée que dans les cas de tumeurs volumineuses développées sur cette glande, et exerçant sur elle une compression prolongée; enfin, l'atrophie du foie et des reins ne peut être reconnue qu'à l'inspection cadavérique, et résulte toujours de l'inflammation désorganisatrice de ces organes. Toutes ces asthénies sont symptomatiques; et, à l'exception de celle de la parotide, toutes sont incurables. Il ne nous reste donc à étudier que l'atrophie des muscles, ou plutôt celle des membres, car le tissu cellulaire y participe toujours; celle du cœur, celle des testicules, celle des bulbes des poils, plus généralement connue sous le nom d'*alopécie*.

### De l'atrophie des membres.

L'atrophie des membres consiste dans la diminution de leur volume et l'affaiblissement de leur action musculaire. Elle est toujours symptomatique, mais elle persiste souvent après sa cause, et devient fréquemment alors l'objet d'indications spéciales; c'est ce qui nous oblige à en traiter en particulier.

*Causes*. Nous avons déjà dit que l'atrophie des membres était souvent l'effet de l'atrophie du cerveau, du cordon rachidien, ou des principaux troncs nerveux. La compression prolongée de ces mêmes parties, produite, soit par des tumeurs développées dans leur voisinage, soit par l'inflammation, la carie et la déviation des pièces osseuses qui les entourent, les violentes commotions de la moelle épinière et toutes ses lésions en général, la section ou la ligature des gros nerfs, et leur inflammation prolongée; toutes ces causes peuvent produire l'atrophie des membres. On la voit aussi déterminée par la compression qu'exerce une tumeur sur l'artère principale d'un membre non loin de son origine, et par les anévrysmes situés de la même manière. Dans les premiers cas, l'atrophie résulte du défaut d'influence nerveuse; et dans ceux-ci, elle dépend de ce que le membre ne reçoit plus une quantité suffisante de sang pour sa nutrition. Cette asthénie de la nutrition succède presque constamment aux luxations non réduites, aux ankyloses, aux fractures terminées par des articulations anormales, aux grandes dilacérations qui ont intéressé les muscles, les tendons et les ligamens, qui ont forcé les membres à un repos absolu et prolongé, qui ont entraîné une longue et abondante suppuration, et après la guérison desquelles le membre n'a pu recouvrer qu'une faible partie de la liberté de ses mouvemens. La plupart des fractures sont aussi suivies d'un commencement d'atrophie; enfin, l'arthrite chronique occupant une articulation considérable, et en déterminant la désorganisation, entraîne constamment l'atrophie du membre. Plusieurs causes contribuent sans doute, dans tous ces cas, à produire l'atrophie; l'immobilité forcée du membre, la compression exercée par le bandage, l'abondance de la suppuration, et peut-être la participation des artères et des nerfs de la partie à l'état morbide, sont probablement les principales.

*Traitement*. L'atrophie qui succède aux fractures guérit ordinairement d'elle-même; mais dans la plupart des autres circonstances elle est incurable. Lorsqu'elle dépend d'une lésion quelconque de l'un des points du système nerveux, ou d'un obstacle à la circulation dans une artère principale, il est évident que tous les moyens que l'on dirigerait contre elle seraient sans effet, et que c'est à sa cause qu'il faut remonter. Enlever les tumeurs qui exercent une compression funeste (voyez *Productions morbides*), combattre l'inflammation ou l'irritation nutritive des vertèbres qui a déterminé leur déviation et la compression du prolongement rachidien (voyez *Ostéite des vertèbres*, *Rachitisme*, *Déviations*), faire cesser les phlegmasies des gros troncs nerveux (voyez *Névrite*), etc., telles sont donc les indications à remplir pour guérir ces atrophies. Mais lorsque la maladie première semble disparue, lorsque l'on a quelque raison de soupçonner que l'atrophie n'est plus qu'un état morbide local, on doit diriger contre elle ses moyens thérapeutiques. C'est alors que l'on a recours et quelquefois avec succès, aux frictions avec une brosse, ou avec des flanelles sèches et chaudes, ou imprégnées de vapeurs aromatiques, ou avec des linimens ammoniacaux, ou avec des substances alcooliques seules, ou tenant des substances balsamiques en dissolution; aux onctions avec certains corps gras, tels que la moelle de bœuf, les huiles, etc., aux sinapismes, vésicatoires ou autres

irritans cutanés, promenés sur toute l'étendue du membre atrophié, aux ventouses, aux douches d'eaux minérales ou sulfureuses, à l'emploi topique des boues au milieu desquelles sourdent quelquefois les dernières de ces eaux, aux bains locaux et prolongés dans la décoction de gélatine, ou dans les décoctions émollientes et surtout mucilagineuses, à l'immersion du membre dans le sang de bœuf au moment même de sa sortie du corps de l'animal, aux bains de vapeurs aromatiques, et enfin, à un exercice modéré de la partie, lorsqu'il est encore possible. On peut seconder l'effet de ces moyens locaux, par l'administration intérieure de quelques stimulans, et principalement de la strychnie, et par une alimentation nourrissante et l'usage d'un vin généreux. Malheureusement toute cette médication reste le plus communément impuissante, et un membre complètement atrophié l'est ordinairement pour la vie.

### De l'atrophie du cœur.

L'atrophie du cœur a déjà été observée par plusieurs médecins, mais on ignore entièrement s'il existe des symptômes qui correspondent à cet état morbide. M. Laënnec a remarqué que les sujets qui succombent aux maladies qui produisent un amaigrissement considérable, ont en général le cœur petit, flétri et comme atrophié. Ce médecin pense que le traitement énergique, connu sous le nom de méthode de Valsalva, peut non-seulement guérir l'hypertrophie du cœur, mais encore déterminer dans quelques cas l'atrophie de cet organe Il rapporte un fait des plus intéressans, qui tend à confirmer pleinement cette manière de voir (1), que nous partageons. MM. Bertin et Bouillaud pensent que le cœur peut s'atrophier sous l'influence d'une compression exercée sur lui par la matière d'un épanchement phlegmasique dans la cavité du péricarde, de la même manière que le poumon est atrophié par un épanchement pleurétique, et ils en rapportent un exemple (2). Cette opinion nous paraît également fondée. Le cœur atrophié est moins gros que le poingt du sujet, et chez plusieurs adultes, il a été trouvé du volume de celui d'un enfant très-jeune. Ordinairement cet organe est en même temps flétri, flasque, ridé dans le sens de sa longueur, et, suivant la remarque de M. Laënnec, comparable à une pomme ridée. Les stimulans alcooliques, le café, etc., employés toutefois dans une juste mesure, seraient probablement les meilleurs moyens à opposer à cette affection, si l'on parvenait un jour à la reconnaître sur le vivant, et qu'elle compromît la santé de l'individu. Mais il est évident que celle qui serait produite par la compression exercée par un épanchement dans la cavité du péricarde, ne réclamerait pas le traitement spécial; c'est en guérissant la péricardite que l'on pourrait espérer de la faire cesser.

### De l'atrophie des testicules.

L'atrophie des testicules consiste dans une diminution considérable du volume de ces organes, entraînant la perte absolue de leur fonction. Ses effets diffèrent suivant qu'elle porte sur un seul testicule ou sur tous les deux. Dans le premier cas, elle n'exerce aucune influence sur l'économie; elle ne diminue pas même la puissance génératrice de l'individu. Mais lorsque les deux testicules en sont atteints, des modifications organiques nombreuses en sont les suites. Si les testicules ont été atrophiés dès le bas âge, le scrotum se resserre, la verge cesse de se développer, et quelquefois même elle diminue; et lorsque vient l'âge de la puberté, le larynx ne se développe pas, la voix reste grêle comme dans l'enfance; il ne pousse pas de poils aux parties qui en sont ordinairement pourvues, telles que le menton, les parties génitales, etc.; le cervelet est arrêté dans son développement, l'individu conserve les caractères extérieurs de l'enfance, ou prend ceux de la femme; sa peau reste douce, blanche, ses chairs sont pâles, molles, flasques, ses formes sont arrondies, il acquiert beaucoup d'embonpoint. Quelquefois encore susceptible d'érection, il est pour toujours inhabile à la propagation de l'espèce. Lorsque l'atrophie des testicules ne survient qu'après la puberté, la verge reste susceptible d'érection, l'individu a des désirs vénériens et peut exercer le coït; mais peu à peu, il s'opère en lui des changemens remarquables; sa barbe tombe, sa voix devient enfantine, il prend de l'embonpoint, ses formes s'arrondissent; en un mot, il perd tous les attributs de la virilité, pour revêtir les caractères féminins que nous avons indiqués.

La torsion, la contusion, la compression prolongée et la désorganisation des cordons spermatiques, la compression continue des testicules eux-mêmes, produite par des vêtemens trop serrés, leur froissement répété, occasioné par une équitation violente, l'application trop prolongée des astringens et des emplâtres dits fondans, sur ces organes, sont les causes ordinaires de leur atrophie. Cette affection est incurable. Pourrait-on essayer, dans le cas où il ne paraîtrait pas exister de lésion matérielle des testicules ni des cordons spermatiques, de tirer ces organes de leur torpeur et d'y ranimer la nutrition, par l'emploi bien dirigé des aphrodisiaques ? c'est à l'expérience à prononcer.

### De l'alopécie.

On désigne par le nom d'*alopécie*, la chute des cheveux. Ce symptôme n'est souvent que l'effet passager d'une phlegmasie aiguë; mais il dépend souvent aussi de l'atrophie des bulbes des cheveux, et c'est principalement de ce dernier état morbide que nous voulons parler.

Les causes de l'alopécie passagère sont les phlegmasies graves, les couches, plusieurs maladies chroniques prolongées, les affections morbides fixées sur le derme chevelu, les pertes trop abondantes de sperme, et la syphilis. L'alopécie prolongée ou permanente est plus communément l'effet des douleurs de tête habituelles, des chagrins vifs et prolongés, des travaux de cabinet, et de la vieillesse. Cette affection expose ceux qui en sont atteints à contracter des coryzas fréquens. Son trai-

(1) *De l'auscultation médiate*, tom. II. pag. 293.
(2) *Traité des maladies du cœur*, etc., pag. 247, 248 et suivantes.

tement consiste dans un régime tonique, l'usage des onctions faites avec de l'huile chargée des principes aromatiques de la lavande, du laurier, du genièvre, etc.; les fomentations avec les décoctions de feuilles de noyer, d'aurone, de marrube, de petite centaurée, de farine de moutarde, lorsque le tissu de la peau est lâche et privé de ton. On a recours au contraire aux fomentations émollientes, aux onctions avec des huiles douces, lorsque le derme chevelu est sec, tendu et écailleux. On doit toujours raser la tête avant d'employer ces topiques, et la recouvrir ensuite avec une calotte de laine. Est-il besoin d'ajouter que l'alopécie qui est produite par des dartres, la syphilis, des céphalalgies violentes, des excès vénériens, des chagrins cuisans, des méditations profondes, ne peut être guérie que par la destruction de ces causes? Celle qui succède aux maladies aiguës guérit souvent d'elle-même ou par la simple section des cheveux; elle réclame cependant quelquefois l'emploi de quelques uns des moyens que nous avons précédemment indiqués. L'alopécie sénile est incurable.

# ORDRE QUATRIÈME.

## ASTHÉNIES SÉCRÉTOIRES.

### De l'asthénie sécrétoire en général

La fonction de tous les organes sécréteurs peut être suspendue et même complétement abolie, mais il est rare que ce soit par l'effet d'une asthénie idiopathique de l'organe lui-même, et presque toujours cela dépend ou de son inflammation propre, ou de l'inflammation d'une autre partie qui suspend sympathiquement son action. On ne connaît même pas d'exemples de diminution ou de suppression complète de l'écoulement des larmes, de la salive, de la bile, du fluide pancréatique, de l'urine, ni du mucus, que l'on puisse rapporter à un état d'asthénie de la glande lacrymale, des glandes salivaires, du foie, du pancréas, des reins, des glandes mucipares. Les seules asthénies sécrétoires sur lesquelles on possède quelques données, sont celles des mamelles et des testicules; elles sont connues sous les noms d'*agalaxie* et d'*aspermasie*.

### De l'agalaxie.

L'agalaxie est cet état dans lequel la glande mammaire ne sécrète qu'une très-petite quantité de lait ou n'en sécrète pas un atôme, quoiqu'elle soit bien conformée, et en apparence exempte de maladie. On a aussi donné ce nom à l'absence de la sécrétion du lait, chez les femmes dont les glandes mammaires n'ont jamais acquis le développement normal. Mais c'est à tort; et l'on ne peut pas regarder comme asthénique l'absence d'une fonction, quand l'organe lui-même qui doit l'exercer existe à peine.

*Causes.* Les causes de l'agalaxie sont assez nombreuses. Tout ce qui peut affaiblir la femme et la faire maigrir devient cause de cette affection. Ainsi, lorsque la grossesse a été très-pénible, lorsqu'elle a été traversée par des maladies graves; enfin, lorsqu'à l'époque de l'accouchement, la femme est faible, pâle, maigre, languissante, soit que cet état lui soit ordinaire, soit qu'il ait été produit par une maladie longue, il arrive quelquefois qu'il ne se manifeste pas de sécrétion laiteuse. Il en est encore de même si l'accouchée est atteinte d'une phlegmasie chronique; mais dans ces cas, l'agalaxie n'est qu'un symptôme qui ne peut cesser que par la guérison de la phlegmasie. L'agalaxie est quelquefois l'effet de l'âge trop avancé de la femme qui veut nourrir, et d'autres fois le résultat d'une atrophie de la glande produite par plusieurs allaitemens successifs. Un tempérament très-nerveux; le manque de nourriture, les hémorrhagies, les évacuations excessives, la leucorrhée abondante, l'abus des plaisirs vénériens, les passions tristes, et l'application des topiques astringens sur les mamelles, produisent aussi l'agalaxie. Enfin, dans quelques cas, la cause n'en est pas connue.

*Symptômes.* Le peu d'abondance ou l'absence complète de la sécrétion laiteuse sont les symptômes non équivoques de l'agalaxie; il faut y joindre le défaut de gonflement et de fermeté des mamelles dans le moment où l'enfant ne tête pas. Celui-ci est toujours affamé, même lorsqu'il vient de quitter le sein; il y retourne souvent, et le quitte bientôt avec impatience, et souvent en criant; il urine peu, son sommeil est court, il maigrit et dépérit promptement (1). Ces signes sont importans à recueillir, parce que fréquemment on est consulté pour savoir si une nourrice a assez de lait, et que celle-ci cherche souvent à tromper le médecin pour conserver son nourrisson.

*Traitement.* Il est toujours très-difficile de guérir l'agalaxie. Si l'état de faiblesse et de maigreur d'une femme enceinte fait craindre que la sécrétion laiteuse ne puisse pas s'établir chez elle, il faut de bonne heure entreprendre de lui redonner des forces et de l'embonpoint par un régime tonique et nourrissant. On doit aussi se hâter de remédier à tout état morbide dont elle puisse être atteinte, et écarter avec soin les causes que nous avons signalées, telles que les passions tristes, l'abus des plaisirs de l'amour, etc; et si l'on ne parvient pas à remplir ces indications avant l'accouchement, il faut empêcher la femme de nourrir. La succion exercée par l'enfant a souvent suffi pour déterminer la sécrétion du lait, on est aussi parvenu quelquefois à la provoquer par des frictions avec une étoffe rude, ou avec des substances excitantes, aromatiques, sur les mamelles. Beaucoup de moyens, vantés naguère comme propres à atteindre ce but, sont aujourd'hui tombés dans un juste

(1) *Dictionnaire de Médecine,* tom. XII, article LACTATION, par Désormeaux.

oubli. Cependant, Désormeaux dit avoir vu chez quelques femmes augmenter la quantité du lait par l'usage de l'anis, du fenouil et des lentilles; mais il ajoute que, chez la plupart, ces substances sont restées inefficaces (1). On obtient en général de meilleurs effets d'une nourriture saine et abondante.

Quelques femmes privées de lait persistent cependant quelquefois à vouloir nourrir leurs enfans; mais bientôt leur pouls s'accélère, leur peau se sèche et devient brûlante, une soif continuelle les tourmente, elles éprouvent un sentiment de chaleur et de sécheresse dans la poitrine, une petite toux sèche se manifeste, et elles tombent dans un dépérissement rapide. On doit faire cesser l'allaitement aussitôt que ces accidens surviennent; les suites en pourraient être funestes.

De l'aspermasie.

On donne généralement le nom de *dyspermatisme* à cet état dans lequel le sperme, au lieu d'être éjaculé avec force pendant l'acte vénérien, ne sort que lentement, en bavant goutte à goutte, ou même n'est pas porté au-dehors. Cet état morbide est toujours le symptôme d'une autre affection, telle, que l'imperforation du gland, l'étroitesse du prépuce, le phymosis, l'hypospadias, l'épispadias, la trop grande brièveté du frein du gland, le rétrécissement de l'urèthre, son état d'inflammation vive, la compression exercée sur lui par des tumeurs développées dans le tissu cellulaire de la verge ou du périnée, ou dans les glandes de Cooper, ou dans la prostate, les cicatrices irrégulières après l'opération de la taille, lesquelles ont changé la direction des conduits éjaculateurs, un calcul dans l'urèthre, l'érection trop forte, l'état d'ivresse, une impression morale, et la vieillesse. Le dyspermatisme n'est donc pas une maladie, mais un symptôme qui ne doit pas nous occuper. Mais il est un état morbide qui consiste dans la non-sécrétion du sperme, quoique les testicules aient conservé leur volume ordinaire : c'est à cette affection que nous donnons le nom d'*aspermasie.* Un adulte nous en a fourni un exemple; c'est à des excès vénériens qu'il devait cette maladie, qui s'est dissipée d'elle-même au bout de deux années. Cette affection paraît être extrêmement rare. Que faudrait-il faire si elle s'offrait dans la pratique? Une nourriture analeptique et succulente, des vins généreux, et beaucoup d'exercice, seraient propablement les meilleurs moyens d'y remédier. Elle survient naturellement chez les vieillards par l'effet de l'âge; l'art est alors impuissant contre elle.

---

# TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

## ALTÉRATIONS DES TISSUS CONSISTANT DANS LEUR TRANSFORMATION EN D'AUTRES TISSUS NORMAUX OU TRANSFORMATIONS MORBIDES.

De la transformation morbide en général.

Dans des circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier, mais quelquefois très-connues, on voit un tissu perdre peu à peu les caractères propres de son organisation pour revêtir ceux d'un autre tissu; ainsi une portion de peau ou de tissu cellulaire se convertit en membrane muqueuse, une membrane muqueuse prend les caractères de la peau, des tissus fibreux deviennent cartilagineux, des cartilages, des tuniques artérielles, etc., s'ossifient, des muscles se changent en tissu cellulaire, etc.; c'est à ces changemens d'organisation qu'avec MM. Cruveilhier (2) et Andral (3) nous donnons le nom de *transformations morbides.* Confondues avec les *productions morbides* par le premier de ces auteurs, elles en ont avec raison été séparées par le second; nous adoptons cette séparation.

L'irritation est une des causes des transformations morbides. Il suffit pour s'en convaincre de remarquer que la transformation muqueuse de la peau est produite par des frottemens répétés, que l'ossification du larynx est fréquemment l'effet de son ulcération, que celle des cartilages articulaires est souvent la suite des inflammations chroniques des articulations, etc.; mais elle n'en est jamais qu'une cause éloignée, ainsi que nous le verrons plus loin. Le plus grand nombre des transformations morbides s'opère sans le concours de la plus légère irritation; telles sont : la conversion des muscles en tissus graisseux dans les membres livrés depuis long-temps à l'inaction, ou en tissus fibreux autour des luxations non réduites, l'ossification des cartilages par les progrès de l'âge, etc. Quelle en est donc alors la cause dans ces derniers cas? Nous ne dirons pas, avec M. Andral, qu'elle consiste dans une *aberration de la nutrition;* cette explication n'en est pas une, et nous nous étonnons qu'elle ait pu faire un seul instant illusion à un esprit aussi judicieux. Mais nous ferons remarquer que, dans la plupart des cas, et dans tous peut-être, les tissus qui subissent une transformation sont placés dans l'une des conditions suivantes : ou bien ils sont depuis quelque temps réduits à ne plus exercer leurs fonctions, ou bien ils sont forcés de remplir des fonctions auxquelles ils n'étaient pas destinés par leur organisation. Dans le premier cas, c'est toujours en tissu cellulaire qu'ils se convertissent, comme l'avait déjà fait remarquer Bichat; dans le second, ils prennent les caractères des tissus dont ils sont appelés à jouer le

(1) *Dictionnaire* et *article cités.*
(2) *Essai sur l'anatomie pathologique.*
(3) *Dictionnaire de médecine,* tom. XX, pag 464.

rôle. Or, nous ne voyons rien là qui s'écarte des lois ordinaires de l'organogénie. Si chez l'embryon tous les tissus ont commencé par être du tissu cellulaire, et s'ils n'ont revêtu plus tard des caractères particuliers qu'à la condition en quelque sorte de remplir chacun une fonction spéciale, ne devaient-ils pas nécessairement revenir à leur état primitif d'organisation quand ils n'ont plus de fonction à exercer? Si, d'un autre côté, c'est en vertu de son organisation qu'un tissu exerce une fonction et non pas une autre, cette organisation ne doit-elle pas nécessairement se modifier quand la fonction vient à changer? Il n'y a donc rien dans toutes ces transformations que de très-naturel; et, loin de regarder l'acte de nutrition qui les produit comme *aberré*, nous devons admirer la précision avec laquelle il se met en rapport de nature et d'intensité avec la nouvelle destination du tissu qui va se transformer. Et telle est la constante régularité de ce phénomène, que, si vous parvenez à rendre à un muscle devenu graisseux la faculté de se raccourcir, la nutrition va lui redonner immédiatement son organisation première, de même qu'elle fera reprendre les caractères du tissu cellulaire à un canal muqueux qui servait de conduit excréteur nouveau, dès l'instant où vous aurez tari la source qui l'alimentait.

C'est donc en général parce que les tissus perdent toute fonction ou sont appelés à en remplir de nouvelles, qu'ils se transforment quelquefois en d'autres tissus. Dans les cas mêmes où l'irritation paraît jouer le principal rôle dans la production du phénomène, il est aisé de voir qu'elle n'est que secondaire. En effet, ce n'est pas parcequ'un liquide irritant se fraie une voie à travers le tissu cellulaire qu'il s'y forme un canal revêtu d'une membrane muqueuse, car le pus le plus doux produit ici le même effet que l'urine; mais c'est parce qu'une nouvelle fonction s'y établit, parce qu'il faut un conduit excréteur pour porter au-dehors le liquide de nouvelle formation ou qui s'échappe de ses réservoirs naturels, et qu'un conduit excréteur doit nécessairement être revêtu d'une membrane muqueuse. Si l'irritation était la cause de la transformation, le canal qui s'établit pourrait être indifféremment séreux, cartillagineux ou osseux; car le tissu cellulaire est susceptible de toutes ces transformations sous l'influence de la stimulation : mais il n'en est pas ainsi; donc c'est la nature de la fonction nouvelle à remplir qui détermine la nature de la transformation. Tout au contraire de ce qui se passe dans l'état normal, la fonction préexiste en quelque sorte à l'organe : ce qui ne veut pas dire qu'elle préexiste à toute organisation; car l'organe est là sous une autre forme. Accidentellement appelé à jouer un rôle, il n'est pas encore organisé pour le remplir qu'il l'exerce déjà, mal il est vrai, mais il le remplit, parce que la fonction nouvelle est la condition de son existence au lieu d'en être le résultat. Toutefois, à mesure que son organisation nouvelle se perfectionne, il exerce de mieux en mieux sa fonction, et sous ce rapport il rentre sous l'empire des lois auxquelles sont soumis les organes normaux.

Toutes les transformations morbides peuvent-elles être rapportées à ces deux causes, qui n'avaient pas échappé à la sagacité de M. Andral, mais auxquelles il n'a pas donné l'importance qu'elles nous semblent mériter : *cessation de fonction, fonction nouvelle?* Nous ne sommes pas éloignés de le croire. On nous objectera que les artères s'ossifient partiellement, sans cesser leurs fonctions ou en remplir de nouvelles. Mais sont-ce bien des transformations que ces incrustations osseuses? Ne sont-ce pas plutôt des concrétions, des dépôts de matière calcaire? Leur peu d'étendue dans un grand nombre de cas, l'état fréquent d'intégrité des tuniques artérielles autour d'elles, enfin leur composition chimique assez différente de celle du tissu osseux, tout cela n'autorise-t-il pas à les regarder comme des productions morbides plutôt que comme des transformations? Quand une artère s'ossifie réellement, elle s'oblitère, et toute l'épaisseur de ses parois est ordinairement comprise dans l'ossification; les caractères chimiques du nouveau tissu sont exactement ceux de l'os normal. Quoi qu'il en soit, si les causes que nous venons d'assigner à la transformation ne sont pas les seules, elles sont du moins les principales et les plus puissantes; nous croyons l'avoir mis hors de doute.

Enfin, l'irritation est-elle donc entièrement étrangère à la formation de cet état pathologique? Non sans doute, pas dans tous les cas. Dans un assez grand nombre de circonstances, elle exerce une influence éloignée sur son développement, lorsque, par exemple, elle a rendu un tissu inapte à toute fonction, elle devient de la sorte la cause de sa transformation en tissu cellulaire; lorsqu'elle a détruit les rapports de certains tissus entre eux, elle est encore la cause première qui force un ou plusieurs tissus à revêtir de nouveaux caractères d'organisations pour remplir les nouvelles fonctions auxquelles des rapports inaccoutumés les appellent; lorsqu'elle a détruit les parois d'un réservoir dans un point, ou bien lorsqu'elle a établi une sécrétion nouvelle dont le produit doit se faire jour au-dehors, elle est encore la cause éloignée de la transformation du tissu cellulaire en canal muqueux, etc., etc. Mais dans tous ces cas, la transformation elle-même n'a plus de rapports avec l'irritation; elle s'opère par les mêmes lois qui président à la formation des tissus normaux, par des lois constantes, régulières, normales, et non par l'*aberration* de ces lois. Dans quelques cas cependant, il semble que ce soit à l'influence directe de l'irritation que la transformation est due. Mais qui nous dit qu'entre l'effet et la cause il n'y a pas un fait intermédiaire qui nous échappe? N'est-on pas en droit de le conclure par analogie, de l'observation des faits plus nombreux et plus évidents où l'existence de ce fait intermédiaire entre l'irritation et la transformation est incontestable? Toutefois il est des cas où l'influence directe de l'irritation sur la transformation ne peut pas être un sujet de doute; nous en avons déjà cité quelques-uns au commencement de cet article; nous en rapporterons d'autres plus tard.

Tous les tissus ne sont pas au même degré susceptibles de transformation. Le tissu cellulaire, gangue, canevas, et état primitif de tous les autres chez l'embryon, peut subir tous les modes de transformations connues. Mais les autres tissus ne sont

susceptibles que d'un, deux ou trois modes de ce changement d'organisation. Il est quelques tissus en lesquels on n'en voit jamais d'autres se transformer ; on n'en voit aucun par exemple se changer en tissu nerveux, séreux, musculaire, glandulaire ou lymphatique. Enfin, quelques transformations sont beaucoup plus fréquentes que les autres; telles sont les transformations graisseuses, muqueuses et osseuses. M. Andral a essayé d'exprimer en formules générales les conditions principales de la transformation, et il a établi les lois suivantes qui nous paraissent exactes : 1° les tissus, autres que le cellulaire, susceptibles de se transformer, sont seulement ceux qui, dans le cours de la vie embryonnaire ou dans la série animale, présentent également des transformations constantes ; 2° les transformations accidentelles que ces tissus peuvent subir sont de la même nature que les transformations normales qu'ils éprouvent, soit chez l'embryon humain, soit chez d'autres animaux adultes; 3° les tissus qui, chez l'embryon ou dans la série animale, ne subissent pas de transformation connue, n'en présentent pas non plus dans les cas morbides ; 4° tout tissu qui s'atrophie tend à subir la transformation cellulaire. Ces lois sont en harmonie parfaite avec ce que nous avons dit des causes prochaines des transformations : elles prouvent en même temps que ces changemens d'organisation s'opèrent sans désordre, sans *aberration*, puisqu'ils obéissent dans leur production aux mêmes lois qui président à la transformation normale.

Il est impossible de présenter la moindre considération générale sur les symptômes des transformations ; à peine s'il en est quelques uns que l'on puisse reconnaître pendant la vie. Un grand nombre d'ailleurs ne constituent pas des maladies. Aussi n'aurons-nous que de courtes remarques à présenter sur quelques unes, et ces remarques porteront plutôt sur leur description anatomique que sur leur histoire pathologique.

Nous partagerons les transformations en six ordres, savoir : les transformations graisseuse, cutanée, muqueuse, fibreuse, cartillagineuse et osseuse.

---

# ORDRE PREMIER.

## TRANSFORMATIONS GRAISSEUSES.

### De la transformation graisseuse en général.

La transformation graisseuse ne se montre ordinairement comme nous l'avons déjà dit, que dans les tissus qui cessent de remplir leurs fonctions. Ainsi, les muscles qui s'atrophient autour des articulations affectées de luxations non réduites ; dans les membres soumis à une longue inaction, soit par un ulcère, soit par un état semi-paralytique, soit par toute autre cause ; aux lombes et aux mollets des vieillards, passent assez souvent à l'état graisseux (1). Dans plusieurs cas, cependant, cette transformation s'opère sans qu'on puisse l'attribuer à cette causse; elle paraît dépendre d'un état d'obésité générale de l'individu. C'est ainsi qu'on a trouvé le cœur en grande partie transformé en tissu graisseux, et les mamelles ayant subi complètement cette transformation chez des individus d'un embonpoint très-considérable. Quelquefois, enfin, cet état pathologique paraît être l'effet d'une irritation prolongée : telle est la transformation graisseuse du foie. Nous reviendrons sur l'étiologie de cette dernière transformation.

La transformation graisseuse a toujours pour effet de rendre de moins en moins facile, et d'abolir enfin l'exercice de la fonction de l'organe qui en est affecté, quand elle n'est pas elle-même le résultat de la cessation de la fonction. Mais tant de causes peuvent produire les mêmes effets, qu'il n'est jamais possible de diagnostiquer une de ces transformations, et que par conséquent on ignore complètement quel traitement il faudrait leur opposer.

On a observé la transformation graisseuse dans le cœur, les muscles, le foie, le pancréas, les reins et les mamelles ; nous ne parlerons que de celles du cœur et du foie.

(1) Béclard n'admettait pas cette transformation graisseuse des muscles ; il pensait qu'il y avait simple décoloration de la fibre.

### De la transformation graisseuse du cœur.

Kerkring, Bonet, Morgagni, Senac, et M. Cruveilhier rapportent des exemples de transformation graisseuse du cœur; tous les individus qui l'ont offerte étaient d'un embonpoint extraordinaire. On pourrait contester que ce soient là de véritables transformations, et n'y voir qu'une accumulation de graisse autour du cœur; il en doit être ainsi dans la plupart des cas. Mais dans l'exemple rapporté par M. Cruveilhier (1), la graisse formait la presque totalité de l'épaisseur de cet organe, les couches musculaires les plus intérieures et les colonnes charnues avaient seules conservé les caractères de la fibre musculaire ; c'était donc bien un cas de véritable transformation. Toutefois, Laënnec paraît ne pas croire qu'il y ait dégénérescence graisseuse dans ces cas ; selon lui, il y a simple accumulation : et ce qui le prouve, c'est qu'on peut toujours séparer la graisse du tissu propre du cœur (2). Il a cependant, ajoute-t-il, rencontré quelquefois la dégénération graisseuse de cet organe : mais il l'a toujours vue circonscrite et occupant

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique*, tom. I, pag. 184

(2) *Traité de l'auscultation médiate*, tom II, pag. 563.

sa pointe. MM. Bertin et Bouillaud l'ont aussi observée sous cette forme (1).

La transformation graisseuse du cœur peut-elle être reconnue pendant la vie ? Tous les auteurs s'accordent à répondre par la négative. Mais tandis que les uns, Sénac et M. Cruveilhier, pensent que la difficulté du diagnostic n'est due qu'à la ressemblance des symptômes produits par cette affection avec ceux de toutes les affections du cœur; les autres, Corvisart, Bertin et M. Bouillaud, pensent que ce désordre anatomique n'est pas capable de déranger la fonction de l'organe au point de constituer un état morbide. Cependant, chez la malade observée par M. Cruveilhier, il y eut des symptômes de maladie du cœur; et cet organe ne présentait d'autre lésion que la transformation graisseuse que nous avons indiquée. Cette dégénérescence est donc susceptible de produire des désordres fonctionnels. En est-il qui lui soient propres? C'est ce que l'observation apprendra peut-être par la suite.

### De la transformation graisseuse du foie.

La transformation graisseuse du foie n'est pas très-rare; plusieurs auteurs en ont rapporté des exemples, et il est peu de médecins livrés aux recherches d'anatomie pathologique qui n'aient eu occasion de l'observer. Dans cette transformation, le foie est ordinairement d'une couleur fauve; cette couleur varie cependant depuis le rouge-jaunâtre jusqu'au jaune-blanchâtre; cet organe est plus léger que dans l'état sain; il conserve l'impression du doigt; il se laisse déchirer avec la plus grande facilité; il graisse l'instrument qui le coupe; appliqué sur du papier, il graisse comme le ferait de l'huile; enfin on en retire par l'ébullition une huile concrescible, qui possède tous les caractères de la graisse.

Si l'on considère que l'on peut produire à volonté la transformation graisseuse du foie chez certains animaux (l'oie, le canard), en les gorgeant sans cesse d'alimens, en même temps qu'on les tient plongés dans une obscurité complète et qu'on les prive de mouvement, on est tenté d'en conclure par analogie que la transformation graisseuse du foie est l'effet d'une irritation gastrique prolongée. Mais quand on sait que cette dégénérescence s'observe journellement sur les cadavres d'individus qui n'ont offert aucun symptôme d'irritation, soit gastrique, soit hépatique, que le plus ordinairement même il en est ainsi, on commence à concevoir quelques doutes sur cette étiologie admise par quelques auteurs; l'accroissement du volume de l'organe ne détruit pas ces doutes. Où faut-il donc en chercher les causes ?

En examinant avec plus d'attention les faits de la transformation graisseuse du foie chez les animaux, on ne tarde pas à s'apercevoir que pour la produire il faut faire intervenir deux influences non moins puissantes que celle de l'alimentation forcée, savoir : l'absence totale de la lumière, car non-seulement on crève les yeux des animaux soumis à cette torture, mais encore on les place dans un lieu complètement obscur; et l'immobilité absolue, car on les tient étroitement enfermés dans un vase qui les contient à peine. Or, on sait que la soustraction de la lumière exerce une action puissante sur l'hématose, elle étiole les animaux et les plantes, elle contribue probablement au développement de l'anémie, etc. D'un autre côté, la gloutonnerie est la cause la plus puissante de l'obésité. Voilà donc un animal soumis à l'action d'une cause énergique d'obésité, une alimentation excessive; il devrait engraisser : mais placé dans une inaction absolue, les matériaux nutritifs qu'il sépare des alimens ne peuvent se répartir uniformément dans tous les tissus, ils tournent au profit d'un seul, et cet organe unique, quel doit-il être, si ce n'est le foie lui-même, réduit à une inaction presque complète comme organe d'hématose, puisque, par l'effet de l'absence de la lumière, cette fonction va chaque jour en s'anéantissant? S'il en était ainsi, et que les choses se passassent à peu près de même chez l'homme, la transformation graisseuse du foie serait donc l'effet de la perte d'une des fonctions de cet organe, et se rattacherait par conséquent très-bien à la théorie que nous avons donnée des transformations en général. Peut-être trouverait-on une sorte de confirmation de cette vue étiologique dans cette remarque faite par plusieurs auteurs, que la transformation graisseuse du foie se montre assez fréquemment dans la phthisie pulmonaire. L'atteinte profonde que cette maladie porte à l'hématose ne peut-elle pas expliquer jusqu'à un certain point la dégénérescence du foie? Nous donnons, au reste, ces explications pour ce qu'elles valent, et sans y attacher d'importance.

On ne connaît aucun symptôme qui se rattache à la transformation graisseuse du foie, et l'on ignore aussi complètement les moyens thérapeutiques qu'il conviendrait d'opposer à cette maladie, si le diagnostic en était possible.

---

# ORDRE SECOND.

## TRANSFORMATIONS CUTANÉES.

### De la transformation cutanée en général.

Plusieurs auteurs, M. Cruveilhier en particulier, regardent les cicatrices comme de véritables transformations cutanées; et comme tous les tissus peuvent concourir à la formation des cicatrices, ils en ont conclu que tous étaient susceptibles de cette transformation. Mais il y a une trop grande différence entre l'organisation des cicatrices et celle de la peau, pour que nous puissions voir dans les

(1) *Traité des maladies du cœur*, pag. 430.

premières une transformation des tissus en derme, ni par conséquent admettre que toutes nos parties soient susceptibles de cette transformation. Les membranes muqueuses nous en paraissent seules susceptibles. Elles la subissent lorsqu'elles restent long-temps exposées au contact de l'air et soumises à des frottemens répétés. C'est ce qui arrive à la membrane muqueuse du gland quand le prépuce cesse de la recouvrir ; à celle du vagin et du rectum, lorsqu'ils sont depuis long-temps renversés et exposés par conséquent au frottement continuel des cuisses et des vêtemens. On voit dans ces trois cas, la membrane muqueuse perdre peu à peu sa couleur rouge et prendre la teinte de la peau, cesser de sécréter des mucosités, se recouvrir d'une couche épidermique, devenir moins impressionnable au contact des corps étrangers, et augmenter d'épaisseur et de densité. Il en résulte, pour le gland, une moindre aptitude à absorber le virus vénérien ; et pour le vagin et le rectum, la nécessité d'avoir recours à des astringens plus énergiques que ceux que l'on applique ordinairement aux surfaces muqueuses, si l'on veut tenter la réduction de ces renversemens par cette médication.

---

# ORDRE TROISIÈME.

## TRANSFORMATIONS MUQUEUSES.

### De la transformation muqueuse en général.

La transformation de la peau en surface muqueuse est bien plus fréquente que la transformation des membranes muqueuses en peau. Il suffit de dépouiller celle-ci de son épiderme et de l'exciter, pour la voir devenir plus sensible, plus rouge, et sécréter de l'albumine, en un mot, pour la voir revêtir les caractères des membranes muqueuses. On sait d'ailleurs que la plus grande analogie de structure existe entre ces tissus, et l'on ne doit pas s'étonner de la grande facilité avec laquelle ils se convertissent l'un dans l'autre. On peut donc dire, et ici l'analogie n'est pas forcée, que dans toutes les plaies superficielles, il y a transformation de la peau en membrane muqueuse. On peut le dire aussi de tous les tissus qui suppurent : car rien ne ressemble plus à une membrane muqueuse que la surface d'une plaie.

Mais ce n'est pas dans cette seule circonstance que la peau se convertit en membrane muqueuse. On observe encore cette transformation chaque fois que deux points de la surface cutanée sont en contact immédiat, et éprouvent des frottemens l'un contre l'autre. C'est ce qui arrive chez les femmes extraordinairement grasses, et dont les mamelles sont très-volumineuses ; on remarque qu'au dessous de chaque sein la peau est d'un rose vif ; elle est plus sensible et s'irrite par le seul contact de la sueur, ce qui prouve que l'épiderme y est détruit ou à peu près, enfin elle sécrète continuellement un mucus blanc et concrescible qu'il ne faut pas prendre pour de la sueur. On observe la même chose encore chez les individus des deux sexes très replets, entre les fesses. Cette surface est même chez quelques uns de ces individus le siége d'une sécrétion blanchâtre fort incommode par l'humidité continuelle qu'elle entretient sur le linge et par l'odeur désagréable qu'elle exhale. Enfin, c'est encore la même transformation qui s'opère accidentellement et passagèrement dans les mêmes parties chez beaucoup d'hommes, après une longue marche pendant de grandes chaleurs. En examinant, dans ces circonstances, la peau de cette région, on y observe et la rougeur, et la sensibilité, et la sécrétion de mucus que nous avons déjà signalées, et qui établissent sa ressemblance parfaite avec une membrane muqueuse. Des soins de propreté, l'interposition d'une toile fine entre les deux surfaces, quelques onctions avec un corps gras quelconque, le suif par exemple, tels sont les moyens faciles de remédier à cette incommodité.

Le tissu cellulaire, avons-nous déjà dit, est de tous celui qui se transforme le plus fréquemment en membrane muqueuse. Tous les trajets fistuleux qui s'organisent à ses dépens finissent par se tapisser d'une véritable membrane muqueuse. Non-seulement les caractères anatomiques démontrent cette analogie (car l'absence des follicules ne la détruit pas, puisqu'on ne les rencontre pas dans toutes les portions du système muqueux lui-même), mais encore elle est rendue plus frappante par un caractère physiologique remarquable. On sait qu'il est très-difficile en général, et souvent même impossible, de déterminer l'adhésion de deux surfaces muqueuses entre elles : or les trajets fistuleux présentent le même phénomène. En vain la source du liquide qui les parcourait est tarie, on ne parvient souvent à en provoquer l'oblitération qu'en enflammant leurs parois, et souvent même il faut, pour obtenir ce résultat, les fendre avec le bistouri dans toute leur longueur. Mais ce n'est pas ici le lieu de tracer l'histoire pathologique de ces conduits anormaux, la circonstance de leur texture n'étant que d'une importance secondaire, nous renvoyons pour plus de détails aux *fistules*.

# ORDRE QUATRIÈME.

## TRANSFORMATIONS FIBREUSES.

### De la transformation fibreuse en général.

La transformation fibreuse ne s'observe que dans un petit nombre de tissus et dans un petit nombre de circonstances. Le tissu cellulaire, les cartilages, les membranes synoviales, et les muscles, sont seuls susceptibles de se convertir en tissu fibreux. Ce n'est guère que dans les fausses ankyloses, dans les luxations non réduites, et dans les fausses articulations, que cette transformation se rencontre. Cependant on a vu les muscles psoas convertis en deux canaux fibreux tapissés par une membrane muqueuse, et transportant jusqu'à l'aine le pus provenant d'une carie vertébrale (Cruveilhier). On sait en outre que les colonnes charnues du cœur se transforment quelquefois en cordes tendineuses. Les extrémités des muscles, dans les amputations, se changent aussi en un tissu fibreux.

On voit par le peu de mots qui précèdent, que la transformation fibreuse n'est jamais par elle-même un état morbide; elle est souvent au contraire un moyen de guérison dans quelques maladies; on n'est donc jamais appelé à diriger contre elle des moyens thérapeutiques.

# ORDRE CINQUIÈME.

## TRANSFORMATIONS CARTILAGINEUSES.

### De la transformation cartilagineuse en général.

On voit quelquefois des plaques cartilagineuses développées dans les parois d'une artère; les orifices oriculo-ventriculaires deviennent assez souvent cartilagineux; on a observé la cartilagination de la plèvre; l'intérieur des excavations tuberculeuses se tapisse quelquefois d'une sorte de membrane cartilagineuse; les parois de certains kystes acquièrent quelquefois la densité, la résistance, et tous les caractères des cartilages, etc. Cette transformation morbide n'est même pas très-rare; mais soit qu'elle devienne un moyen de guérison pour une autre maladie, soit qu'elle constitue un véritable état maladif, elle ne devient jamais la source d'aucune indication thérapeutique; il est même excessivement rare qu'on puisse la diagnostiquer. Nous n'en avons fait mention que pour éviter le reproche de l'avoir omise.

# ORDRE SIXIÈME.

## TRANSFORMATIONS OSSEUSES

### De la transformation osseuse en général.

Presque tous les tissus sont susceptibles d'éprouver la transformation osseuse, et il en est quelques uns qui subissent presque constamment ce changement d'organisation par le seul effet des progrès de l'âge : tels sont les tissus cartilagineux, et les tuniques artérielles. Ainsi on rencontre très-souvent ossifiés chez les vieillards, les cartilages articulaires, ceux du larynx, et les cartilages costaux; il est très-fréquent aussi de trouver des ossifications de l'aorte et d'autres artères, dans les cadavres des personnes qui meurent à un âge avancé.

Mais la vieillesse n'est pas la seule cause de la transformation osseuse, même dans les cartilages; l'irritation la produit aussi quelquefois. C'est ce qui arrive pour les cartilages articulaires dans les inflammations chroniques des articulations qui déterminent des ankyloses; pour les cartilages du larynx dans l'ulcération de la membrane muqueuse laryngienne; pour les cartilages costaux, dans la phthisie pulmonaire. La même cause détermine aussi dans quelques cas l'ossification d'autres tissus. On peut regarder en effet la transformation osseuse de l'arachnoïde, de la plèvre, du péricarde, de la tunique vaginale (dans les vieilles hydrocèles), comme un effet presque certain de l'irritation chronique de ces membranes; on n'en saurait douter lorsqu'on la voit survenir dans les membranes synoviales à l'occasion des phlegmasies articulaires chroniques. Il en est de même de l'ossification du périoste et de la membrane médullaire lors de la formation du cal; l'irritation paraît bien être la cause de cette transformation (1).

Enfin, cette transformation s'opère souvent sans qu'on puisse en deviner la cause; ces cas sont

(1) Rayer, *Mémoire sur l'ossification morbide, considérée comme une terminaison des phlegmasies.* (*Archives générales de médecine*, tom. I.)

peut-être même plus communs que les précédens. C'est à eux qu'il faut rapporter la plupart des ossifications artérielles qui ne sont pas dues aux progrès de l'âge; celles du cœur ou de ses orifices, celles du cerveau, du poumon, du foie, de la rate, du pancréas, de l'utérus, etc., dont on trouve quelques exemples dans les auteurs. Ces transformations ne se rattachent même pas à la théorie que nous avons exposée dans nos généralités; il faut donc nous résigner à en ignorer le mode de génération.

Nous ne décrirons la transformation osseuse dans aucun des tissus où on peut l'observer; les détails dans lesquels il nous faudrait entrer ne doivent trouver place que dans les traités d'anatomie pathologique. Aucune considération pratique ne s'y rattache, rarement on peut les reconnaître pendant la vie, et l'on y parviendrait dans tous les cas, que cette connaissance n'en resterait pas moins stérile, car l'art ne peut rien contre cet état morbide. L'ossification des orifices du cœur mériterait peut-être une description particulière : mais les symptômes qui l'accompagnent étant les mêmes que ceux de la transformation cartilagineuse de la même partie, les mêmes aussi que ceux du rétrécissement spasmodique de ces orifices, nous avons cru devoir en renvoyer l'histoire parmi celles des *rétrécissemens*.

---

# QUATRIÈME CLASSE DE MALADIES.

## DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE TISSUS PLUS OU MOINS ANALOGUES A CEUX QUI COMPOSENT LE CORPS HUMAIN, OU D'ÊTRES VIVANS, SOIT A LA SURFACE, SOIT DANS L'INTÉRIEUR OU L'ÉPAISSEUR DES ORGANES, OU PRODUCTIONS MORBIDES.

### Des productions morbides en général

On a décrit sous le nom commun de *productions morbides*, des maladies dont la nature nous semble essentiellement différente, et qu'on ne peut pas réunir dans un cadre nosologique sans violer toutes les analogies. Ranger en effet dans une même classe les végétations et la mélanose, les polypes et la cyrrhose, les fongus et les tubercules, les kystes et le cancer, etc., ce n'est plus classer, c'est confondre; ce n'est plus rapprocher des faits analogues, c'est rassembler des objets disparates. Nous ferons donc deux classes de toutes ces maladies; l'une comprendra les *productions morbides* proprement dites, et l'autre les *désorganisations*. Dans la première, nous placerons *les productions épidermiques*, les *végétations*, les *polypes*, les *fongus*, les *pseudo-membranes*, les *kystes* et les *entozoaires*. Dans la seconde viendront se ranger les *tubercules*, la *mélanose*, la *cyrrhose*, le *squirrhe*, le *cancer* et le *carcinôme*.

Des différences bien tranchées séparent en effet ces deux groupes de maladies. La principale, celle que nous puisons dans l'état anatomique des parties, consiste en ce que les productions morbides altèrent à peine les tissus à la surface ou au milieu desquels on les voit se développer, qu'on les en sépare aisément lorsqu'il est possible de les atteindre, et qu'une fois enlevées, la partie qui en était le siége reprend en général très-promptement son état normal: ce qui prouve qu'elle participait peu à l'état morbide, et n'en était, pour ainsi dire, que le théâtre. Tandis que dans les désorganisations, au contraire, la substance de nouvelle formation ou sécrétée, est confondue avec le tissu propre de l'organe, en altère à ce point la texture qu'il ne peut plus être ramené à l'état normal, et ne peut être éliminée ou enlevée qu'avec ce tissu lui-même. Nous définirons donc les productions morbides, qui doivent seules ici nous occuper, *un développement anormal de tissus plus ou moins analogues à ceux qui composent le corps humain, ou d'êtres vivans, soit à la surface, soit dans l'intérieur ou l'épaisseur des organes.*

La cause la plus ordinaire des productions morbides est l'irritation, mais l'irritation faible, sourde, latente, dépassant à peine le degré nécessaire à l'exercice normal de l'action organique, une irritation analogue à l'irritation nutritive, mais qui, au lieu de donner pour résultat un développement plus grand, mais régulier, du tissu lui-même, comme dans l'*hypertrophie*, en détermine le développement irrégulier, ou produit un tissu nouveau, et va quelquefois jusqu'à créer un être vivant. Aussi les productions morbides se forment-elles en général et existent-elles souvent depuis longtemps sans donner aucun signe de leur présence; et dans quelques cas même, loin de constituer des maladies, elles deviennent les moyens de guérison d'autres affections. Ce sont donc en quelque sorte des résultats d'une vitalité exagérée, des parties vivantes qui sont comme ajoutées à d'autres portions déjà douées de la vie, produites par les mêmes lois, et s'accroissant de la même manière. Et remarquez que si, en définitive, il en résulte un état morbide, ce n'est pas que le tissu nouveau soit un tissu malade; il porte en lui toutes ses conditions de vie, de conservation, et quelquefois même de reproduction: mais c'est uniquement parce que sa présence au milieu de parties qui n'y sont pas accoutumées, ou les irrite, ou en gêne les fonctions par sa masse.

On nous objectera, sans doute, que les inflammations vives donnent quelquefois naissance à des *pseudo-membranes*, qui sont cependant bien des productions morbides telles que nous les concevons, et que par conséquent la manière dont nous en expliquons la formation est erronée. Mais ces faits, en apparence exceptionnels, viennent au contraire confirmer notre théorie. En effet, s'il est vrai que certaines inflammations aiguës donnent naissance à des fausses membranes, il est remarquable que

ces productions ne s'organisent jamais tant que l'inflammation est aiguë, et que ce n'est que lorsqu'elle est passée à l'état chronique, lorsqu'elle s'y prolonge, ou plutôt lorsqu'elle ne laisse plus qu'un léger degré d'irritation dans la partie, que des vaisseaux se forment dans la pseudo-membrane, et que des traces d'organisation commencent à s'y manifester. Tous les médecins qui cultivent l'anatomie pathologique savent combien il est rare de trouver des vestiges d'organisation dans les fausses membranes du *croup* et de l'*angine* dite *couenneuse*, et que cela n'arrive que dans les circonstances précédemment indiquées. Ces médecins savent aussi que c'est ordinairement après la guérison de la pleurésie que s'organisent les fausses membranes qu'elle a fait naître. Or, tant que ces pseudo-membranes n'ont aucune trace d'organisation, elles ne méritent pas plus le nom de productions morbides que le pus; ce ne sont pas encore des *membranes*, ce n'en sont que les matériaux; c'est un produit d'inflammation qui s'altère tout aussi souvent qu'il s'organise; c'est du pus concret, ou du mucus épaissi, ou de la matière sébacée étendue en nappe et moulée sur la forme des organes, ou enfin de la fibrine décolorée, qui peuvent bien par la suite s'organiser en tissus nouveaux et former alors des productions morbides, mais qui jusque là ne peuvent pas être regardées comme telles. Leur formation, sous l'influence des phlegmasies aiguës, ne prouve donc rien contre l'explication que nous avons donnée du mode de développement des productions morbides en général.

Rien n'est peut-être plus digne de l'intérêt du physiologiste, que l'étude du mode de formation et de développement des maladies qui nous occupent. C'est là qu'il peut voir se former les premiers vestiges de l'organisation, et la vie commencer à poindre avec eux; puis l'organisation devenir un peu plus compliquée, et la vie se manifester par des phénomènes plus compliqués eux-mêmes; enfin, l'organisation acquérir un degré de perfection plus considérable encore, et la vie s'annoncer par ses deux grands caractères : sensation et spontanéité. Quel sujet de méditation, quelle source de découvertes peut-être, que la contemplation de ces curieux phénomènes! Par quelle gradation insensible on s'élève de l'organisation rudimentaire de cette fausse membrane dans laquelle quelques stries rougeâtres indiquent la présence de quelques vaisseaux sanguins, à l'organisation plus compliquée de ce tissu d'apparence cellulaire qui établit des adhérences entre les deux feuillets d'une membrane séreuse jadis enflammée de cette toile celluleuse, à la poche formée par un kyste, qui joint déjà à la faculté purement végétative de se nourrir comme tous les autres tissus, celle d'absorber ou de sécréter certaines substances; de ce *nouvel organe* sur-ajouté à l'économie, à l'hydatide qui se nourrit et se meut, mais d'une manière obscure; enfin de cet *être vivant*, à l'ascaride lombricoïde qui exécute de grands mouvemens, digère et se reproduit par voie de génération! Mais laissons à d'autres le soin de développer ces considérations auxquelles la nature de cet ouvrage nous interdit de nous livrer.

Les symptômes des productions morbides varient suivant la nature de ces maladies et le siége qu'elles occupent; mais elles offrent toutes, ainsi que nous l'avons déjà dit, ce caractère particulier, de ne produire en général que des symptômes obscurs, soit d'irritation faible, soit de compression ou de gêne des parties qui en sont le siége. Situées pour la plupart d'ailleurs sur la peau, ou immédiatement au-dessous d'elle, ou à la surface des membranes muqueuses, et rarement dans la profondeur des organes, elles sont presque toujours accessibles à nos sens, et par conséquent d'un diagnostic facile; quelques unes seulement sont difficiles à reconnaître; il n'en est qu'un petit nombre aussi qui puissent devenir mortelles.

Le traitement de ces affections, repose sur une indication simple : il consiste, pour toutes celles qu'il est possible d'atteindre, dans leur ablation ou leur expulsion; mais les moyens de les enlever ou de les expulser diffèrent suivant les espèces de productions morbides et les parties dans lesquelles elles se sont développées; ils ne pourront par conséquent être décrits que dans l'histoire de chacune de ces affections en particulier.

---

# ORDRE PREMIER.

## PRODUCTIONS CORNÉES.

### Des productions cornées en général.

L'épiderme se développe quelquefois d'une manière extraordinaire, tantôt par plaques et tantôt par des excroissances. Ce développement anormal qui ressemble à l'accroissement des minéraux, et que quelques auteurs ont même comparé à une cristallisation, nous paraît différer des cors et des verrues, que nous avons cru devoir considérer comme des hypertrophies du tissu épidermique, en ce qu'il est moins vital que celui qui semble présider à la formation de ceux-ci. La différence est sans doute légère, et nous ne savons vraiment si elle est suffisante pour justifier la séparation de ces maladies dans deux classes différentes; l'obscurité des mouvemens vitaux, dans l'épiderme rend cette question difficile à décider.

Toutes les productions que nous réunissons ici se ressemblent en cela qu'elles ont toutes un aspect corné, non par la forme quelles affectent, mais par la nature de la matière qui les compose. Cette matière n'est autre chose que l'épiderme épaissi, accru et durci; aussi ne les observe-t-on que sur ce tissu. Toutes sont sans douleur; aucune n'est

grave ; l'ablation est le remède de la plupart d'entre elles.

### De l'ichthyose(1).

On désigne, sous le nom d'*ichthyose* ou *pellagre*, un développement anormal de l'épiderme, dans lequel ce tissu forme, dans une étendue plus ou moins considérable, une couche grise, épaisse, fendillée, et divisée en petits compartimens irréguliers, qui ne sont pas imbriqués à la manière des écailles de poisson, mais seulement placés les uns à côté des autres.

*Causes.* Cette maladie est presque toujours congéniale et héréditaire; on ne la voit que très-rarement se développer accidentellement, et, lorsque cela arrive, les causes en restent cachées. On a prétendu cependant que les habitans des bords de la mer ou des rivières très-poissonneuses en étaient très-souvent affectés, et qu'ils le devaient à l'usage trop exclusif de la chair de poisson; mais il paraît que cette étiologie a été imaginée par les médecins, qui ont cru voir de l'analogie entre l'aspect de l'épiderme dans cette maladie, et les écailles du poisson, et que l'observation ne l'a pas confirmée. Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes.

*Symptômes*, etc. L'ichthyose est générale ou partielle; dans ce dernier cas, elle occupe toujours les endroits où la peau est la plus épaisse et l'épiderme plus rude, comme autour des articulations, au genou, au coude, etc., excepté cependant à la paume des mains et à la plante des pieds; elle donne à ce tissu un aspect terreux, et une rudesse comparable à celle de la peau de chagrin; les plaques épidermiques, plus ou moins larges et plus ou moins épaisses, se détachent par le frottement, et se renouvellent sans cesse; quelquefois la peau en est complètement débarrassée pendant l'été, et on les voit se reproduire aux approches de l'automne. La peau ne paraît pas altérée au-dessous d'elle; elle a sa couleur naturelle; et la seule particularité qu'elle présente, c'est que les petits sillons que l'on remarque ordinairement à sa surface sont plus prononcés; aucune douleur, aucune démangeaison n'accompagne ordinairement l'ichthyose; elle n'altère en rien la santé des individus qui en sont atteints; la transpiration cutanée et la sécrétion folliculaire de la peau sont seulement empêchées dans les points malades, mais la perspiration pulmonaire et la sécrétion de l'urine y suppléent.

*Traitement.* Il est très-rare que l'on parvienne à guérir l'ichthyose; on n'y réussit, en général, que lorsqu'elle est légère et accidentelle. Les moyens conseillés par les auteurs, sont: les lotions et les applications émollientes, mucilagineuses, onctueuses et adoucissantes, long-temps continuées, les frictions douces, et les bains tièdes seuls ou alternés avec les bains de vapeurs aqueuses et avec les bains alcalins. M. Rayer (2), fondé sur ce que l'on a vu quelquefois disparaître pour quelque temps l'icthyose à la suite d'inflammations cutanées, telles que la variole, pense avec raison que l'on pourrait la combattre lorsqu'elle elle est bornée, par des vésicatoires volans appliqués sur le mal lui-même. On a conseillé de transporter dans l'intérieur des terres, et de soumettre à l'usage des ferrugineux et des sulfureux, les individus atteints de cette maladie qui habitent les bords de la mer; mais aucun fait n'a confirmé l'utilité de ce précepte. Willan recommande la poix à la dose d'une demi-once par jour; mais des expériences récentes ont prouvé l'inefficacité de ce moyen. Enfin on a conseillé les préparations arsénicales; tout médecin sage doit s'abstenir de pareilles médications quand il s'agit d'une maladie aussi peu grave.

(1) Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, tom, II, pag. 302 et suiv.

(2) *Ouvrage cité*, tom II, pag. 307.

### Des productions cornées.

Les productions cornées sont des prolongemens épidermiques, souvent conoïdes, de dimensions variées, développés à la surface de la peau, et formés par une substance analogue à celle de la corne ou des ongles. Dauxais (1) a réuni dans sa thèse presque tous les exemples connus de cette singulière maladie.

Les causes de cette affection ne sont pas mieux connues que celles de l'ichthyose; comme celles-ci, les productions cornées sont presque toujours congéniales et héréditaires. Cependant on les a vues survenir à la suite d'une contusion, à la surface d'un ulcère long-temps irrité (2); mais presque toujours alors il n'existe qu'une seule de ces productions; elles sont *solitaires* ou *multiples*. Les premières se développent le plus ordinairement sur les parties de la peau pourvues de poils ou d'un grand nombre de follicules : ce qui a fait penser à quelques auteurs, à MM. Everard Home (3) et Astley Cooper entre autres (4), qu'elles résultent toujours de l'affection d'un follicule : elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, et chez les vieillards que chez les adultes. Les secondes naissent sur toutes les parties de la peau, mais principalement sur celle des mains et des pieds.

*Symptômes*, etc. Les productions cornées *solitaires* sont en général comme implantées au milieu de la cavité d'un kyste, qui les enveloppe en entier tant qu'elles sont peu développées, mais qui n'enchâsse plus que leur base lorsqu'elle ont acquis de plus grandes dimensions. Dans l'origine, elles sont molles; mais à mesure qu'elles s'accroissent, leur consistance augmente, et elles deviennent dures et résistantes; elles ne pénètrent jamais au-delà de l'épaisseur de la peau, tandis qu'à l'extérieur on les voit acquérir quelquefois jusqu'à cinq pouces de longueur sur six à sept de circonférence à leur base. L'espèce de kyste dans la cavité duquel cette base est implantée devient quelquefois

(1) *Des cornes*, thèse in-4. Paris, 1820.

(2) *Archives générales de Médecine*, tom. XV, pag. 218. — *Observation d'une corne développée sur le gland à la suite d'inflammation chronique et d'ulcération de cette partie*, par M. Richond Desbrus.

(3) *Transactions philosophiques*, 1791.

(4) *OEuvres chirurgicales* d'Astley Cooper et de Benjamin Travers, traduites par Bertrand, tom. 2, in-8. Paris, 1823.

le siége d'une inflammation chronique, qui peut se terminer par des ulcérations (1). En brûlant une portion de ces productions, il s'exhale une odeur entièrement semblable à celle de la corne.

Les productions cornées *multiples* sont bien encore de la même nature que les précédentes ; mais on ne connaît pas bien leur mode d'union avec la peau. Béclard a déposé dans les cabinets de l'École de médecine les mains et les pieds d'une vieille femme qui sont couverts de productions de ce genre ; quelques unes ont jusqu'à dix pouces de longueur ; elles sont friables et d'apparence tout-à-fait cornée.

Enfin, il existe une troisième espèce de ces productions ; ce sont de petits appendices cornés, nombreux et saillans, souvent blanchâtres à l'intérieur, et noirs à la surface, un peu comparables aux dards du porc-épic, et qu'on ne peut arracher sans provoquer de douleur ou un suintement d'un liquide roussâtre et sanguinolant. Cette espèce est héréditaire comme la précédente.

*Traitement.* Le traitement des productions cornées solitaires consiste tout entier dans leur destruction ; on a conseillé les caustiques pour cet effet ; mais l'instrument tranchant est de beaucoup préférable, et c'est à lui qu'il faut toujours avoir recours lorsqu'on se décide à enlever ces prolongemens. L'opération est très-simple : il faut cerner la base de la tumeur par une incision circulaire, disséquer complètement le kyste qui la reçoit, enlever le tout. Il importe beaucoup de détruire le kyste ou le follicule en entier ; car, sans cette précaution, on s'expose à voir la maladie se reproduire. Quand les malades ne veulent pas se soumettre à cette opération, on peut se borner à scier de temps en temps la production cornée auprès de sa base ; on les débarrasse ainsi d'une partie de la gêne ou de la difformité qu'elle occasionne. On a conseillé de placer des exutoires, d'administrer des purgatifs, et de pratiquer des saignées pour s'opposer à la reproduction du mal ; mais il est plus que douteux qu'on pût obtenir ce résultat par de semblables moyens.

Quand les productions cornées, dites multiples, sont peu nombreuses, on peut les attaquer par l'instrument tranchant comme les précédentes ; mais dans le cas contraire, il faut se borner à les combattre par l'usage des bains simples, des bains alcalins, des bains de vapeur, des eaux thermales sulfureuses. On se promettra d'autant plus de succès de l'emploi de ces moyens, que les appendices seront moins adhérens à la peau. Quant à l'usage intérieur de médicamens quels qu'ils soient, nous doutons que l'on puisse en retirer le moindre avantage.

(1) Rayer, *ouvrage cité*, tom. 2, pag 317.

---

# ORDRE SECOND.

## VÉGÉTATIONS.

### Des végétations en général.

Nous donnons le nom de *végétations* à des productions morbides irrégulières, développées à la surface de la peau ou des membranes muqueuses, et dont la texture est la même, ou à peu près, que celle des tissus sur lesquels elles se manifestent, différentes en cela des polypes et des fongus, qui ont une texture particulière, et en général peu d'analogie avec les parties qui leur donnent naissance. Ces productions morbides s'accroissent par une sorte de végétation et presque à la manière des plantes ; leur base est en général plus étroite que leur corps ; aucune d'elles ne présente de gravité, et elles cèdent assez facilement aux moyens simples qu'on leur oppose ordinairement, savoir : la ligature, l'excision, et la cautérisation.

### Des végétations cutanées.

On décrit dans les auteurs, sous le nom de *verrues pédiculées*, certaines excroissances pédiculées, molles, ridées, quelquefois à large base, lisses et polies, dont le caractère est de consister dans un véritable prolongement cutané, conservant tous les caractères anatomiques de la peau, à ces légères différences près, que ce tissu y est toujours d'une plus grande finesse et quelquefois coloré en brun ou en rouge plus ou moins foncé. Il existe une trop grande différence entre ces productions morbides et les véritables verrues, pour qu'on puisse les confondre avec elles. Toute la surface cutanée en peut être le siége ; nous en avons vu sur les paupières, derrière l'oreille, au cou, sur le dos, sur la poitrine et sur le ventre ; celles des paupières sont allongées, quelquefois presque filiformes, et acquièrent souvent jusqu'à deux lignes de longueur. Cette affection n'est pas douloureuse, et les malades ne cherchent à s'en débarrasser que quand elle occupe la face. L'excision avec des ciseaux courbes, suivie d'une légère cautérisation est le meilleur moyen de les détruire ; on peut cependant avoir recours à la ligature avec un égal succès, lorsque le pédicule de la végétation est étroit, ce qui est le plus ordinaire.

### Des végétations syphilitiques.

Les végétations syphilitiques sont nombreuses et de plusieurs espèces : sans les partager, comme la plupart des auteurs, en *excroissances syphilitiques* et en *végétations*, nous décrirons cependant séparément les principales formes de ces affections.

On donne le nom de *condylômes* à des tumeurs pédiculées, plus ou moins allongées, arrondies en

forme de tête à leur bord libre, lorsqu'aucune pression n'a gêné leur développement, aplaties au contraire lorsqu'elles sont comprimées; elles sont toujours de nature syphilitique; leur siége le plus ordinaire est aux environs de l'anus, à l'orifice du vagin, aux grandes et aux petites lèvres, à la verge, entre le prépuce et le gland; on les voit aussi quelquefois à la partie supérieure et interne des cuisses, et au périnée. Les condylômes acquièrent rarement un volume considérable; cependant, on dit en avoir observé chez des filles publiques, qui avaient l'étendue de la main, et pesaient plusieurs livres. Leur consistance est en général assez ferme; ils ne sont ordinairement pas douloureux, mais ils gênent toujours beaucoup les malades, soit dans la marche, soit dans l'équitation; et lorsqu'ils siégent aux parties génitales, ils rendent le coït difficile, douloureux ou même impossible; enfin, placés à la marge de l'anus, ils peuvent apporter quelque obstacle à la sortie des matières fécales. On les voit d'ailleurs s'enflammer quelquefois par le frottement, et acquérir alors une sensibilité très-vive, donner lieu à un suintement muqueux d'odeur fétide, âcre, et irritant les parties qu'il touche : cela s'observe principalement chez les militaires qui se livrent à des marches pénibles.

Les *crêtes de coq* ne diffèrent des condylômes que par la forme; ces productions morbides sont toujours aplaties, lisses et sans aspérités à leur surface, mais irrégulièrement dentelées, découpées à leur bord libre, tantôt par l'effet de petites ulcérations qui les rongent inégalement, et d'autres fois par des végétations qui s'y développent; en un mot, elles présentent à peu près l'aspect de la crête du coq, et c'est ce qui leur a valu la dénomination sous laquelle on les désigne. Leur volume est en général moindre que celui des condylômes, mais elles reconnaissent la même cause, la syphilis ancienne; elles occupent les mêmes parties, produisent les mêmes symptômes, et entraînent les mêmes inconvéniens.

La syphilis ancienne, et, très-rarement, celle qui est récente, donnent encore naissance à d'autres végétations; la plus fréquente et la plus commune de toutes est connue sous les noms de *choux-fleurs*, de *verrues*, de *porreaux*, de *mûres*, *fraises*, *framboises*, *cristalline*, suivant les formes qu'elle affecte : ce sont en général des végétations peu volumineuses, mais souvent agglomérées, groupées et formant des masses plus ou moins considérables, de formes et d'aspects très-variés, et c'est à ces différences de formes et d'aspects qu'elles doivent les noms divers par lesquels on les désigne. On leur donne le nom de *choux-fleurs*, lorsqu'elles sont comme ramifiées, et que sur un pédicule commun sont supportées plusieurs petites végétations libres à leur sommet; on les appelle *verrues*, quand elles sont petites, aplaties, sillonnées, rugueuses et peu saillantes à la surface sur laquelle elles sont placées; *porreaux*, quand elles sont allongées, isolées et renflées en forme de tête par leur extrémité libre; *mûres*, *fraises*, *framboises*, quand leur forme offre quelque ressemblance avec les fruits connus sous ces noms; enfin *cristalline*, quand elles occupent la marge de l'anus, et suivant quelques auteurs, quand elles se présentent sous la forme d'une pustule remplie d'une sérosité limpide comme le cristal. Cette dénomination de cristalline doit être, selon nous, réservée pour ces végétations nombreuses, presque filiformes, transparentes en apparence, souvent longues d'un pouce, garnissant le pourtour de l'anus dont elles cachent l'entrée au milieu de l'espèce de houppe qu'elles forment par leur agglomération, et ressemblant un peu à une masse de stalactites déliées. Cette forme des végétations vénériennes n'est pas décrite dans les auteurs; nous l'avons observée plusieurs fois sur de jeunes Italiens, qui l'avaient contractée en se prêtant à d'infâmes plaisirs.

Le siége de toutes ces végétations, excepté la dernière qui ne peut exister qu'à l'anus, est ordinairement sur le gland et le prépuce, sur le bord et dans l'intérieur du canal de l'urèthre, à la face interne des grandes lèvres, sur les petites, sur le clitoris, autour du méat urinaire, à la fourchette, sur les caroncules myrtiformes, à la marge de l'anus, dans l'intérieur du rectum, sur les mamelons, à la partie supérieure et interne des cuisses, sur toute la surface des parties externes de la génération, et quelquefois enfin sur la langue, le voile du palais, et ses piliers.

Comme les condylômes et les crêtes de coq, les végétations qui nous occupent ne sont pas ordinairement douloureuses, mais, comme elles aussi, elles peuvent le devenir et même s'enflammer par le frottement. Les mûres, les fraises et les framboises sont les plus exposées à ces accidens, en raison de la sensibilité plus vive dont elles sont douées : les choux-fleurs viennent après elles. Presque toutes sont sèches; les choux-fleurs, cependant, fournissent assez ordinairement une sérosité jaunâtre, quelquefois sanguinolente, et de mauvaise odeur; il en est de même de la cristalline que nous avons décrite, si ce n'est que l'odeur qui s'en exhale est fade, nauséeuse, et a un caractère particulier que nous ne pouvons exprimer.

Le traitement des condylômes et des crêtes de coq ne diffère en aucune façon; il consiste dans l'administration méthodique du traitement antisyphilitique, tel que nous l'avons tracé en parlant de la syphilis. On seconde ce traitement général par un traitement topique qui doit varier suivant l'état des végétations; quand elles sont rouges, douloureuses et enflammées, il faut avoir recours aux bains, aux fumigations, aux fomentations et aux cataplasmes émolliens, aux pommades adoucissantes, telles que celle de concombre, au cérat saturné ou opiacé, etc., et enfin, si l'inflammation est trop vive, à l'apposition de quelques sangsues. Lorsque l'on a de la sorte apaisé les symptômes inflammatoires, on applique sur les petites tumeurs, matin et soir, un peu d'onguent mercuriel. Quand au contraire ces productions sont indolentes, on se borne à les panser avec l'onguent mercuriel, comme nous venons de le dire, en même temps que l'on administre le traitement général. Il est rare qu'elles ne cèdent pas à ce concours de moyens bien dirigés; mais lorsque cela arrive, on conseille d'employer les lotions répétées avec l'eau de chaux ou d'alun, la teinture de muriate de fer, l'eau phagédénique, la liqueur de Van Swiéten plus ou moins étendue; et si ces

moyens échouent, on en pratique la ligatureou mieux l'excision suivie d'une légère cautérisation.

C'est encore le même traitement qui convient pour les autres végétations; mais la ligature y trouve rarement son emploi, parce que les végétations sont ici ou trop nombreuses ou à pédicule trop large pour être liées. L'excision pratiquée avec des ciseaux courbes est de tous les moyens celui que l'on doit préférer, comme le plus expéditif et le plus sûr. La cautérisation vient ensuite : on la pratique avec tous les caustiques possibles, mais les deux meilleurs sont le nitrate d'argent fondu et le nitrate acide de mercure; on la prati que quelquefois aussi avec un cautère rougi blanc, mais cela est rare : on n'y a recours qu pour détruire certaines masses considérables d végétations situées à l'anus et au périnée, et o peut toujours la remplacer par les autres moyens Enfin, on a conseillé et pratiqué l'arrachement d quelques unes de ces végétations; ce sont celle qui sont pédiculées, en petit nombre et allongées ce moyen est douloureux et expose souvent à l récidive : aussi est-il presque généralement aban donné.

---

# ORDRE TROISIÈME.

## POLYPES.

### Des polypes en général.

Les polypes sont des productions morbides, de consistance, de forme et de grosseur variées, se développant dans l'intérieur d'une cavité, par un pédicule plus ou moins étroit, et quelquefois par une large base, et tendant continuellement à s'accroître si on ne les extirpe.

Ces tumeurs, qui peuvent se développer à la surface de toutes les muqueuses, mais qui sont beaucoup plus fréquentes dans les narines et dans la cavité vagino-utérine que partout ailleurs, sont de deux espèces principales à leur début. Tantôt elles sont d'un petit volume, grisâtres et comme demi-transparentes, molles, faciles à déchirer, abreuvées d'une grande quantité de sucs, et paraissent naître de la surface de la membrane muqueuse à laquelle elles sont attachées; d'autres fois, elles sont fermes, résistantes, rouges à l'extérieur, blanches en dedans, fibreuses, et paraissent naître du tissu fibreux sous-jacent aux membranes muqueuses d'où elles tirent leur origine. Les premières constituent les polypes que l'on a appelés *muqueux* ou *vésiculeux*; les autres sont les polypes *sarcomateux* des auteurs. Ces deux espèces de polypes ont une marche et des suites fort différentes. Les premiers ne gênent guère que comme le ferait un amas de mucosités; ce n'est que dans quelques cas rares qu'ils provoquent un afflux de sang et des hémorrhagies. Les autres provoquent toujours des hémorrhagies fréquentes et fortes, ils tendent incessamment à s'accroître, et se portent non-seulement dans toutes les directions où ils éprouvent peu de résistance; mais encore ils surmontent celle que leur opposent les os, les écartent et les disjoignent; enfin, ils ont une grande tendance à passer à l'état fongueux ou carcinomateux dans toutes celles de leurs parties qui sont frappées du contact de l'air, et font alors promptement périr d'épuisement les malades qui ont résisté aux hémorrhagies qu'ils ont provoquées dans le commencement de leur développement.

Les auteurs ont décrit plusieurs autres espèces de polypes; c'est ainsi que la plupart distinguent les polypes sarcomateux, des polypes fibreux, en donnant à ceux-là une structure plus molle et plu vasculaire, une sensibilité plus vive, une tendanc plus grande à passer à l'état fongueux ou cance reux; c'est encore ainsi qu'on a admis des polyp lardacés, cancéreux, osseux, etc.; mais il est fo rare que les polypes aient à leur début l'un o l'autre de ces caractères. Si l'on examine av soin les tumeurs de ce genre, on verra presq toujours que la dégénération sarcomateuse, squi rheuse ou cancéreuse, n'en attaque que les pa ties les plus excentriques, exposées au conta de l'air ou à celui des matières qui parcourent l canaux ou les cavités dans lesquels ils font sailli et que presque toujours leur corps, ou tout moins leur pédicule présente l'organisation fibreu ou vésiculaire. Cette remarque, faite par M. D puytren, est fort importante; elle prouve qu'il n faut pas juger de l'état du corps ou du pédicul des polypes par l'état de celles de leurs parties qu l'on voit ou que l'on touche, et elle enhardit attaquer des tumeurs en apparence carcinoma teuses, puisque l'on peut espérer de trouver leu pédicule ou même leur corps encore sain.

Les causes des polypes sont fort peu connues les adultes et les vieillards y sont plus sujets qu les enfans, les femmes plus exposées que les hom mes. Souvent, mais non toujours, on reconnaî que la membrane sur laquelle ils apparaissent, été exposée à des causes d'irritation en généra faibles, mais qui ont agi pendant long-temps su elle; dans les cas obscurs, on doit admettre qu'i en est de même par analogie. On croit aussi qu les sujets prédisposés aux inflammations chroni ques en sont plus souvent affectés que les autres

Les symptômes qu'ils présentent dépendent d lieu qu'ils occupent, et ne peuvent par conséquen être exprimés d'une manière générale. Leur marche est plus ou moins rapide. En général, les polypes muqueux se développent lentement, et n'arriventjamais à un volume considérable; mais presque toujours ils sont fort multipliés sur la même membrane; de sorte que les opérations n'attaquant que ceux qui ont acquis un certain degré de développement et laissent les autres, il en résulte que la maladie repullule quelquefois indé-

niment. Les polypes fibreux, au contraire, ordinairement uniques, arrivent à un beaucoup plus grand degré de développement, et ont une tendance beaucoup plus marquée à dégénérer ; mais, quand on peut détruire leur pédicule, il est plus rare de voir la maladie repulluler, que quand on a détruit même complètement un polype muqueux, celui-ci étant presque toujours remplacé par d'autres.

Le pronostic des polypes est donc toujours défavorable, car les polypes muqueux irrités sont susceptibles de passer à l'état fibreux ou carcinomateux, et cette terminaison est presque toujours celle qu'affectent les polypes, qui, dès leur origine, sont fibreux ou sarcomateux, à moins qu'ils ne fassent périr le malade par l'épuisement qui suit les hémorrhagies fréquentes qu'ils fournissent. Dans quelques cas enfin, ils causent la mort par l'action mécanique qu'ils exercent sur un organe dont la compression est dangereuse ; c'est ainsi que l'on a vu des polypes, nés dans les fosses nasales ou dans le sinus maxillaire, pénétrer dans le crâne et déterminer une compression cérébrale mortelle. Cependant, lorsqu'un polype n'est exposé à aucune irritation extérieure, il arrive quelquefois qu'il borne ses progrès, et passe à une dégénération moins grave que ne l'est la dégénération carcinomateuse ; ainsi, dans quelques cas, il devient cartilagineux, ou s'ossifie, et alors il reste stationnaire et n'incommode plus que par son poids. Chez quelques sujets aussi, on voit des polypes qui ont acquis un volume énorme, tirailler tellement leur pédicule, que celui-ci se rompt, et que la maladie se trouve ainsi guérie spontanément. Mais ces cas sont fort rares ; le plus souvent la production morbide continue de faire des progrès, et elle entraîne tôt ou tard la perte du malade.

Les polypes ne peuvent être détruits que par des moyens chirurgicaux. Mais comme la manière de les appliquer varie comme le siége du mal, leur description doit être renvoyée à la description des polypes de chaque région en particulier.

### Des polypes du sinus frontal.

Nous ne connaissons d'observation constatant d'une manière évidente l'existence des polypes dans le sinus frontal, que celle qu'a publiée Levret (1), et dont le sujet est un jeune homme qui mourut horriblement défiguré par cinq polypes, dont deux occupaient le sinus frontal et avaient déterminé la formation d'une bosse considérable à la base du nez. L'existence d'autres tumeurs polypeuses d'un grand volume, rendait toute tentative d'opération inutile ; mais on sent que, si l'on rencontrait un cas où il n'y en eût que dans le sinus frontal, ce que l'on ne pourrait guère reconnaître qu'à la tuméfaction de la bosse nasale, et ce qui serait fort difficile à distinguer d'avec une exostose, on pourrait, ainsi que le pense M. Boyer, mettre à nu la paroi antérieure du sinus, la trépaner, et saisir et arracher le polype.

(1) *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez*, Paris, 1771.

### Des polypes des fosses nasales.

Les polypes des fosses nasales sont les plus communs de tous.

*Causes.* Les causes qui les produisent restent ordinairement ignorées. Cependant on les voit assez souvent survenir chez les personnes qui font un grand usage de tabac, pour que l'on puisse en conclure qu'une irritation continuelle de la membrane pituitaire n'est pas, dans beaucoup de cas, étrangère à leur développement.

*Symptômes, marche.* Ils se présentent, là comme ailleurs, sous les deux formes principales de polypes muqueux et de polypes fibreux. Les premiers sont les plus communs. Pendant quelque temps, les polypes de l'une et l'autre espèce présentent des symptômes analogues. Le malade est enchifrené ; il respire difficilement par la narine du côté affecté ; il y éprouve la sensation d'un corps mou, dont il cherche à se débarrasser en se mouchant souvent, et qu'il sent vibrer lorsqu'il chasse avec force la colonne d'air à l'aide de laquelle il veut l'expulser ; bientôt cette vibration, que les malades comparent ordinairement à celle d'un drapeau agité par le vent, cesse, et la narine se trouve complètement obstruée. A ces symptômes communs au début de toutes les espèces de polypes, en succèdent d'autres qui sont particuliers à chaque espèce. La gêne apportée à la respiration par les polypes muqueux n'est ni toujours la même, ni constante ; elle est plus forte pendant les temps humides que pendant les temps secs, et il arrive quelquefois que le malade se trouve complètement débarrassé pour quelque temps, après avoir rendu par la narine une certaine quantité de sérosité limpide. Dans le premier cas, le polype semble absorber et rendre à l'air son humidité à la manière d'une éponge ; dans le second, sa substance s'est déchirée, et il s'est flétri jusqu'à ce que, sa déchirure étant cicatrisée, il retienne de nouveau la sérosité qu'il sécrète. Ces polypes ne sont point douloureux ; ils acquièrent rarement un grand accroissement. Quand ils naissent vers la partie postérieure de la narine, ils pendent dans l'arrière-gorge, et on peut quelquefois les apercevoir au-dessous du bord libre du voile du palais : quand ils naissent en avant, ils compriment l'orifice inférieur du canal nasal, gênent le cours des larmes, et occasionnent le larmoiement. On ne voit presque jamais un polype de cette espèce se présenter à la fois à l'ouverture antérieure de la narine et dans l'arrière-gorge : quand cela arrive, on peut prononcer, avec assez de certitude, qu'il en existe au moins deux, qui font saillie chacun du côté le plus voisin du lieu de son origine. Quoi qu'il en soit, lorsqu'ils sont accessibles à la vue, on distingue facilement leur couleur grisâtre ou légèrement rosée, et leur aspect humide.

Les polypes fibreux, au contraire, sont douloureux : des hémorrhagies fréquentes les accompagnent et même les précèdent ; leur couleur est d'un blanc mat, alors leur aspect est celui des tissus fibreux, ou d'un rouge foncé, et alors ils sont ou fongueux, ou carcinomateux ; enfin, ils sont rarement multiples : mais leurs progrès sont indéfinis, et en même temps qu'ils s'avancent vers les

ouvertures antérieure et postérieure de la fosse nasale qu'ils remplissent, ils pénètrent dans le sinus maxillaire, le dilatent et le perforent pour venir faire saillie vers la joue ou dans la bouche, soulèvent la paroi inférieure de l'orbite, chassent l'œil de cette cavité, et envoient enfin des embranchemens dans les fosses zygomatique et temporale, et quelquefois même jusque dans la cavité du crâne, en écartant les os ou en les perforant.

D'après ce qui vient d'être dit, le pronostic des polypes nasaux est fort différent pour les deux espèces qui ont été indiquées. En général, les polypes muqueux ne sont qu'incommodes; ils le sont par l'obstacle qu'ils apportent au passage de l'air dans la narine et par le nasillement qui en résulte, par les efforts de déglutition et de vomissement qu'ils provoquent lorsqu'ils tombent dans la gorge, et enfin par le larmoiement qu'ils déterminent lorsqu'ils compriment l'extrémité inférieure du canal nasal; mais ils ne compromettent jamais la vie des malades. Les polypes fibreux ou sarcomateux, au contraire, provoquent non-seulement toutes les incommodités qui viennent d'être indiquées; mais encore, en disjoignant les os de la face, en chassant l'œil de l'orbite, ils occasionent une difformité repoussante, souvent accompagnée de cécité, et ils font enfin périr les malades, ou d'hémorrhagie, ou d'accidens de consomption déterminés par les douleurs ou par les dégénérations diverses dont ils sont la cause et le siége, ou enfin par la compression qu'ils exercent sur le cerveau, quand ils ont refoulé les parois de l'enceinte osseuse qui le protége, ou quand ils l'ont envahie.

*Caractères anatomiques.* Les caractères anatomiques des deux espèces de polypes que nous venons de décrire ont été indiqués à l'occasion de l'histoire générale des maladies de ce genre. Nous ajouterons seulement ici que les polypes du nez naissent plus souvent de la paroi externe de la fosse nasale, que de tout autre point de la surface de ces cavités; que les cornets, et surtout l'inférieur, sont les lieux d'origine les plus communs des polypes muqueux; et qu'enfin, quelques recherches encore peu nombreuses nous autorisent à penser que le point de départ le plus ordinaire des polypes fibreux est le périoste qui avoisine l'ouverture de communication du tissu maxillaire avec la fosse nasale correspondante. Enfin, après avoir rappelé que suivant la remarque de M. Dupuytren la dégénération fongueuse ou carcinomateuse n'attaque d'abord que les parties de la tumeur les plus éloignées de son pédicule, qui reste long-temps sain, nous répéterons encore d'après le même professeur que, malgré la force d'expansion dont ces tumeurs sont douées, elles ne surmontent qu'imparfaitement la résistance des ouvertures qu'elles franchissent, tandis qu'elles s'épanouissent plus facilement au-delà; d'où il résulte que, quand un polype a envoyé des embranchemens nombreux dans divers sens, sa masse totale, fort irrégulière, paraît être formée de plusieurs tumeurs sur-ajoutées les unes aux autres, et réunies par des parties beaucoup plus étroites qui correspondent au contour des ouvertures que la tumeur a successivement franchies. Nous avons déjà fait sentir l'importance de la première de ces données, qui autorise à attaquer des polypes arrivés en apparence à un état de dégénération avancée, puisqu'on a lieu de penser que l'on a trouvé sain leur pédicule, ou même leur corps; la dernière ne l'est pas moins : car elle apprend qu'il est impossible d'extraire par une seule et même voie les polypes volumineux qui ont plusieurs embranchemens, et qu'il faut au contraire les attaquer par l'ouverture antérieure et par l'ouverture postérieure des fosses nasales, par le sinus maxillaire et quelquefois aussi par la fosse temporale, pour les détruire complètement.

*Traitement.* Si les symptômes qui accompagnent la maladie à son début étaient assez clairs pour la caractériser, peut-être pourrait-on en arrêter les progrès par des saignées locales, des applications relâchantes, et par l'emploi bien entendu des révulsifs, qui combattraient l'irritation chronique dont elle est l'effet. Mais, ainsi que nous l'avons vu, ces symptômes sont fort obscurs et communs à plusieurs autres maladies : et d'ailleurs les malades ne se décident jamais à réclamer les secours de l'art que lorsque déjà le polype est confirmé; alors il ne peut être attaqué que par des procédés chirurgicaux.

Les méthodes opératoires que l'on oppose aux polypes du nez sont au nombre de six; ce sont : l'exsiccation, l'excision, le séton, l'arrachement, la cautérisation et la ligature.

On a cherché autrefois à produire la dessiccation des polypes en introduisant dans la fosse nasale, à l'aide d'une seringue ou à l'aide de bourdonnets de charpie, des substances astringentes liquides, telles que l'eau alumineuse, l'eau de chaux, d'alcool, le vinaigre, les décoctions de tannin, l'eau végéto-minérale, etc.; ou bien en y insufflant, au moyen d'un chalumeau, ou en y portant, à l'aide de pinceaux de charpie, des substances de même nature à l'état pulvérulent, telles que les poudres de sabine, de noix de galle, d'alun, etc. Mais on a reconnu que ces substances irritantes hâtaient la dégénération des polypes solides, tandis qu'elles restaient très souvent sans effet sur les polypes muqueux, et leur emploi est aujourd'hui généralement et justement abandonné.

Il en est de même de l'emploi du cautère actuel, déjà recommandé par Hippocrate pour les polypes durs, et que l'on conduisait rapidement sur la tumeur, soit à nu, soit à travers une canule métallique destinée à garantir les parties voisines; il en est encore de même de l'application de pinceaux trempés dans le beurre d'antimoine, et de celle du nitrate d'argent fondu ou de tout autre caustique. Outre l'inconvénient d'étendre leur action aux parties, tous ces agens avaient celui de ne pouvoir être employés sans imprudence, que contre les polypes situés assez peu profondément pour que l'on pût découvrir le lieu même d'origine de leur pédicule, et dans ces cas mêmes ils étaient infidèles dans leur action.

Le séton a été souvent mis en usage pour détruire des restes de polypes que n'avait pu atteindre l'excision; il l'a été aussi comme moyen curatif proprement dit. Rhazès conseille, dans ce but, de conduire par la narine, jusque dans le pharynx un stylet flexible, auquel est attaché un fil garni de

nœuds de distance en distance, de retirer ce stylet par la bouche, et avec lui l'extrémité correspondante du fil, dont l'autre bout reste pendant hors de la narine; cela fait, de détacher le stylet, et, après avoir saisi les deux extrémités du cordon noueux, de les tirer alternativement l'une et l'autre, afin de leur imprimer successivement des mouvemens d'avant en arrière et d'arrière en avant, pendant lesquels les nœuds froissent rudement et détruisent les restes des tumeurs polypeuses, ou opèrent la section de son pédicule. Levret a pensé que l'on réussirait mieux à l'aide d'un instrument particulier de son invention. Cet instrument se compose d'une tige d'argent unie et flexible, autour de laquelle est tourné en spirale un fil de laiton; elle est terminée par deux manches, dont l'un, amovible, n'est ajusté sur l'extrémité à laquelle il s'adapte que quand celle-ci, après avoir franchi la narine, a été retirée par la bouche : cet instrument paraît n'avoir jamais été employé. Ledran a aussi employé le séton dans un but un peu différent de ceux qui viennent d'être indiqués, puisqu'il ne l'a fait consister qu'en une mèche sans nœuds, dont il s'est servi pour porter tous les jours jusque sur les restes d'un polype qu'il n'avait pu détruire qu'en partie, soit un bourdonnet sec qu'il retirait de suite après qu'il avait détergé la plaie, soit un bourdonnet couvert de digestif, ou imbibé d'une liqueur légèrement cathérétique. Pour passer cette mèche, Ledran se servait d'une longue pince recourbée comme les pinces à polypes, qu'il portait par la narine jusque dans le pharynx, et avec laquelle il allait saisir l'extrémité de la mèche, attachée autour de son doigt indicateur gauche, qu'il introduisait profondément par la bouche aussi haut que possible en arrière du voile du palais. Ledran plaçait encore son séton au moyen d'une corde à boyau, qu'il introduisait encore par la narine et faisait ressortir par la bouche, et qui lui servait à ramener la mèche d'arrière en avant et de bas en haut. Enfin, Goulard a cru qu'il rendrait le placement du séton plus facile en se servant d'une espèce de fourche recourbée, dont les deux branches étaient terminées chacune par un anneau qui regardait celui du côté opposé; il passait la mèche dans ces anneaux et la faisait avancer jusqu'à ce que sa partie moyenne correspondît au milieu de l'espace qui les séparait; cela fait, il portait sa fourche, et avec elle la mèche dans la bouche, et la poussait aussi haut que possible derrière le voile du palais; un crochet mousse qu'il introduisait par la narine lui servait alors à saisir cette mèche par son milieu entre les deux branches de fourche, et à l'attirer au-dehors par le nez.

Le séton est aujourd'hui très-peu employé; si on voulait en faire usage à la manière de Rhazès, il faudrait préférer le cordon noué à l'instrument inutile de Levret : si on voulait s'en servir comme Ledran, un cordonnet de soie uni servirait à placer et à extraire les bourdonnets de charpie. Dans tous les cas, le séton serait placé à l'aide d'une pince à anneaux, qui l'irait chercher par le nez jusque dans la gorge, ou à l'aide d'une sonde de gomme élastique, ou de tout autre corps long et flexible, qui, passant du nez dans la bouche, le ramènerait de la bouche dans le nez, en suivant le procédé que nous avons décrit à l'occasion du tamponnement des fosses nasales. L'instrument compliqué de Goulard est complètement inutile.

L'excision, déjà conseillée par Celse, et mise en usage par Ledran et quelques autres, ne consiste pas seulement à retrancher, à l'aide d'espèces de spatules, de pinces tranchantes, de bistouris plus ou moins modifiés, de syringotomes, ou de ciseaux courbes, les parties de polypes saillantes par l'ouverture antérieure des narines ou dans l'arrière-gorge, afin de rendre plus facile l'application des instrumens destinés à agir sur le corps de la tumeur; elle consiste encore dans la section du pédicule même du polype, que l'on extrait ensuite à l'aide de crochet, de curettes ou de pinces. On conçoit facilement combien une semblable opération devrait être difficile et incertaine dans ses résultats. Dans la plupart des cas, on était obligé, par l'abondance du sang qui s'écoulait, d'y revenir à plusieurs reprises; et souvent encore la maladie devait récidiver. Aussi l'excision n'est-elle plus maintenant employée que pour retrancher des polypes d'un petit volume, et placés assez près de l'ouverture antérieure des fosses nasales pour que leur pédicule soit en vue et puisse être atteint par un bistouri boutonné à lame étroite, ou par des ciseaux.

Hippocrate portait déjà un fil autour du pédicule du polype, à l'aide d'un instrument fourchu qui maintenait l'anse ouverte; mais privé des moyens de serrer ce fil, il s'en servait pour opérer une espèce de résection de la tumeur, en tirant sur l'anse jusqu'à ce que le pédicule fût coupé. Ses successeurs se sont aussi servi du fil, mais comme moyen auxiliaire de l'excision ou de l'arrachement; et il faut presque arriver jusqu'au XVII siècle pour voir la ligature appliquée ainsi qu'on l'entend aujourd'hui. Glandorp, en 1628, l'a employée seule, et combinée avec l'excision. Suivant lui, on peut, après avoir étranglé la base de la tumeur avec un fil de soie graissé avec du cérat, attendre du temps la chute du polype, ou en faire immédiatement la résection en deçà du lieu sur lequel est appliqué le fil.

Aujourd'hui l'art possède un assez grand nombre de procédés, dont les uns sont applicables aux polypes contenus encore dans les fosses nasales, et dont les autres ne le sont qu'à ceux qui pendent dans la cavité du pharynx. Pour lier les polypes contenus dans les fosses nasales et à pédicule étroit, Dionis prenait un gros fil ciré, au milieu duquel il faisait un nœud lâche; dans ce nœud était engagée l'extrémité d'une longue pince à bec de corbin, et une des extrémités du fil était passée dans le chas d'une longue aiguille courbe en plomb ou en fil de laiton. Ces préparatifs étant terminés, il portait la pince dans la narine, saisissait le polype, puis faisant glisser l'anneau formé par le nœud du fil, de la pince sur le corps de la tumeur, et de là sur son pédicule, il poussait dans la narine et faisait ressortir par la bouche l'aiguille, qui entraînait après elle le bout du fil auquel elle était attachée; il ne lui restait plus alors qu'à ôter l'aiguille et à tirer les deux bouts du fil, l'un par la

bouche, et l'autre par le nez, pour opérer une constriction suffisante sur le pédicule du polype.

Heister, dans un cas où il avait affaire à un polype de médiocre volume, placé peu profondément, et dont le pédicule était attaché sur la paroi externe de la narine, se servit d'une aiguille d'acier courbe, montée sur un long manche, et percée près de sa pointe d'un chas dans lequel était passée la ligature. La malade étant exposée au jour d'une fenêtre, Heister présenta son aiguille, le manche en bas, la concavité en arrière, et la pointe en haut; il fit pénétrer cette pointe au-dessus du polype, puis la conduisant en arrière de son pédicule, et, relevant fortement le manche, il la vit reparaître au-dessous de la tumeur; alors il saisit le fil pour le fixer, et ramena l'aiguille par le chemin qu'elle avait parcouru; un bout du fil se trouvant alors au-dessous et l'autre au-dessus du pédicule de la tumeur, ils furent noués ensemble avec force; les trois jours suivans la ligature fut renouvelée, et chaque fois plus fortement serrée : le polype se détacha le quatrième.

Levret a d'abord proposé, pour faire la ligature des polypes, une espèce de pince à mors fenêtrés, et garnie de poulies de renvoi, dont l'emploi difficile a été bientôt abandonné; mais cet instrument a donné naissance à un procédé encore usité aujourd'hui par quelques chirurgiens. Pour le pratiquer, on se munit d'une pince à anneaux, dont les mors sont fenêtrés; on passe un fil ciré dans les ouvertures que présentent ces mors, et on en ramène vers les anneaux les deux chefs, que l'on tend sur l'instrument; on introduit celui-ci fermé, et on le pousse dans la narine jusqu'à ce que son extrémité ait dépassé le polype, alors on l'ouvre; on cherche à comprendre la tumeur dans l'espace triangulaire formée par les branches écartées de la pince et par le fil qui s'étend de l'une à l'autre; on fait glisser en même temps l'instrument et le fil jusque sur le pédicule de la tumeur; après quoi l'on retire la pince en abandonnant le fil, qui se trouve retenu par le polype; on passe ensuite les deux chefs de la ligature dans un serre-nœud, et on étrangle la tumeur. D'autres se sont servi de deux canules de métal, dans chacune desquelles ils engageaient un des chefs d'un fort fil ciré; les deux bouts du fil étant rassemblés, et les canules pressées contre sa partie moyenne, on les engageait dans la narine, et on les dirigeait sur un des côtés du pédicule du polype, qu'elles dépassaient un peu : cela fait, une des canules étant maintenue en place, ainsi que la partie du fil qu'elle contenait; l'autre canule contournait le corps de la tumeur, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée sur le côté opposé de son pédicule, ce qui ne pouvait se faire sans que le fil, qu'on laissait libre dans celle-ci, ne s'étendît autour de la tumeur, et ne l'embrassât complètement; alors on retirait les canules, et on appliquait le serre-nœud. On peut se servir, pour pratiquer l'opération de cette manière, des porte-nœuds que Desault a inventés pour lier les polypes de l'utérus, ainsi que Desault lui-même l'a fait.

On a aussi essayé d'embrasser les pédicules des polypes du nez avec un fil métallique. Palucci et Levret se sont servi pour cela d'un fil d'argent de coupelle recuit, soit simple, soit composé de deux fils tournés l'un sur l'autre en spirale. Palucci le portait à l'aide d'une canule simple ouverte à ses deux bouts, mais portant vers l'un d'eux une traverse qui divisait son ouverture en deux parties; Levret, après avoir abandonné son premier instrument, employa la double canule, dont il se servait pour lier les polypes utérins. Pour faire usage de ces instrumens, on commence par engager les bouts du fil métallique chacun dans une des deux canules dont est composé l'instrument de Levret, ou des deux côtés de la trraverse de l'instrument de Palucci; on les fait ressortir par le bout opposé. On les attire jusqu'à ce qu'il ne reste plus vers celui par lequel on les a introduits qu'une anse capable de recevoir le polype, et l'on entortille l'un des bouts du fil autour d'un des anneaux placés sur les côtés de l'extrémité de la canule par où ils sortent; cela fait, on porte l'anse dans la narine, on tâche d'y engager le polype, et de la remonter jusqu'à son pédicule, que l'on serre en poussant la canule en même temps que l'on attire celui des bouts de fil qui est resté libre, pour rétrécir l'anse autant que possible; alors on entortille ce bout autour de l'anneau correspondant; après quoi on tourne la canule sur elle-même; l'anse tordue à partir du point où elle s'engage dans le tube, est rétrécie, et le polype fortement serré, ne tarde pas à se détacher; on peut faciliter beaucoup la partie de cette opération qui consiste à embrasser le polype avec la ligature, en commençant par le saisir avec une pince préalablement passée dans l'anse; en même temps que cet instrument attire la tumeur, il sert de guide au fil qui passe sur le corps du polype, et de là sur son pédicule. Ces deux derniers procédés sont une imitation de celui que Fallope avait autrefois employé contre la même maladie; mais il y a cette différence entre eux, que Fallope, après avoir embrassé la tumeur avec son fil métallique, tirait sur le fil de manière à détacher la tumeur comme par une sorte d'excision lente, tandis que Levret et Palucci cherchaient seulement à le faire périr par défaut de nourriture.

On a imaginé beaucoup de procédés pour les polypes pendant dans la gorge, soit qu'ils aient pris naissance dans les fosses nasales, soit qu'ils tirent leur origine de la voûte ou des parties latérales et supérieures du pharynx.

Levret a tenté de les lier par la bouche; pour cela il prenait une ligature composée d'un fil de chanvre et d'un fil d'argent de coupelle réunis ensemble au moyen d'un autre fil qui les entourait en formant une spirale autour d'eux; il engageait les deux extrémités de cette ligature dans le double cylindre (voyez *Polypes utérins*), laissait sur une des extrémités de l'instrument une anse de grandeur proportionnée à la largeur du polype, et recourbait cette anse de manière à lui faire faire un angle avec le corps de l'instrument; cela fait, le malade étant solidement assis, ayant la bouche ouverte, les mâchoires tenues écartées au moyen d'un morceau de bois ou de liége que l'on interposait entre elles, et la langue abaissée par une spatule, l'opérateur relevait le poignet, portait l'anse au-dessous du voile du palais et au-dessous

du polype, y engageait la tumeur, puis relevant de nouveau la main il portait cette anse aussi près que possible du pédicule du polype; alors il faisait glisser le double cylindre sur les fils pour rétrécir l'anse, et, lui imprimant un mouvement de rotation sur lui-même, il étranglait la racine du polype; l'instrument était retiré, et les deux chefs de l'anse de fil ramené vers un des angles de la bouche, et repliés sur la joue, ou fixés dans l'intervalle de deux dents.

Mais on a bientôt reconnu que la présence de ces fils provoquait des nausées continuelles en titillant le voile du palais; on a vu surtout qu'il était presque toujours impossible que l'anse de la ligature atteignît la partie la plus élevée du polype; et l'on n'a pas tardé à chercher les moyens de faire passer les chefs du fil par le nez. Il paraît que l'idée et l'exécution première de ce mode opératoire appartient à un homme étranger à l'art, nommé Roderick, qui l'a exécuté sur lui-même, et s'est débarrassé d'un polype de la gorge, dans le traitement duquel les chirurgiens les plus célèbres du temps avaient échoué; il a modifié aussi les moyens à l'aide desquels on opérait la constriction du polype, en substituant aux canules des grains de chapelet, dans lesquels il enfila les deux chefs du fil sortant de la narine, jusqu'à ce que le premier de ces grains fût en contact avec la tumeur, et en se servant ensuite d'un tourniquet d'ivoire pour resserrer l'anse.

Le premier procédé pour passer les fils par le nez, que l'on doive à des chirurgiens, est celui que l'on trouve décrit dans l'ouvrage de Chopart et Desault. Pour l'exécuter, on prend un fil ciré, que l'on replie sur lui-même en forme d'anse, et dont on porte la partie moyenne par la narine jusque dans la gorge, à l'aide d'une sonde flexible; les doigts introduits par la bouche servent à tirer au-dehors cette anse, à laquelle on attache un fil pour pouvoir la retirer si elle venait à manquer le polype. On l'ouvre à l'aide des doigts, et, tandis que de l'autre main on en tire les deux chefs qui sortent par la narine, on cherche à y engager le polype. La résistance que l'on éprouve pour retirer l'anse par le nez, indique que la tumeur est saisie. Dans le cas contraire, le fil que l'on a attaché à la partie moyenne de l'anse, sert à la ramener dans la bouche, et donne la facilité de recommencer le premier temps de l'opération. Quand on a réussi, on noue les fils, et deux sondes d'acier droites, percées à leur extrémité, dans lesquelles on engage ceux-ci, servent à conduire le nœud jusque sur le polype et à le serrer. Pour faciliter le passage de la ligature autour de la tumeur, on a conseillé de fixer deux fils au lieu d'un à la partie moyenne de l'anse, à la distance d'un pouce l'un de l'autre, et de passer ces fils dans des canules légèrement recourbées, qui serviraient mieux que les doigts à maintenir l'anse ouverte, et à la diriger autour de la tumeur.

Quelques années après, Brasdor a fait connaître un autre procédé qu'il employait depuis fort longtemps, et qui consiste à introduire par la bouche, et à retirer par la narine un fil d'argent de coupelle, à l'aide duquel il embrassait le polype. Pour pratiquer la ligature à la manière de Brasdor, on tord l'un autour de l'autre en spirale, deux fils d'argent recuit, longs de dix-huit pouces, de manière à en composer un fil unique, que l'on plie ensuite sur son milieu pour en former l'anse qui doit embrasser le polype; les deux bouts de cette anse, recourbés sur eux-mêmes, présentent chacun une espèce de chas, dans lequel on engage un fil, dont on noue ensemble les deux extrémités; un autre fil dont on noue aussi les deux extrémités est jeté sur la partie moyenne du fil d'argent, qu'il doit servir à ramener dans la bouche, en cas de besoin. Ces préparatifs étant terminés, et le malade étant placé convenablement, le chirurgien se sert d'une sonde de Bellocq, ou d'une sonde de gomme élastique, pour ramener, de la bouche dans la narine, les deux fils attachés aux deux extrémités de l'anse métallique; tirant alors sur ces fils qui sortent du nez, il conduit l'anse dans la bouche, en ayant le soin d'y porter l'indicateur et le doigt médius de la main gauche, et ces doigts, en même temps qu'ils la maintiennent ouverte, servent à la diriger de façon à y faire passer le polype, à mesure que l'autre main la fait remonter en attirant les fils au-dehors du nez. La résistance que l'on éprouve fait reconnaître que le polype est saisi. Si l'anse n'embrassait rien, on la retirerait par la bouche, à l'aide du fil passé autour de sa partie moyenne, et l'on recommencerait.

Quand le polype est bien saisi, on tire les deux bouts de la ligature jusqu'à ce qu'ils ne cèdent plus, et on les passe dans une canule de Palucci, ou dans une double canule de Levret; après quoi on les tord en faisant tourner cette canule sur elle-même, et on assujettit celle-ci à l'aide d'un fil que l'on attache au bonnet du malade; on augmente doucement la constriction les jours suivans, jusqu'à ce que le polype se détache.

Ce procédé est encore employé par M. le professeur Boyer; mais il a substitué au fil d'argent une corde à boyau, dont l'élasticité maintient mieux ouverte l'anse qu'elle forme. C'est aussi celui dont nous nous sommes servi jusqu'ici; mais nous avons toujours employé un cordonnet de soie pour faire la ligature; en prenant la précaution non-seulement de maintenir l'anse ouverte à l'aide de l'indicateur et du médius gauche, mais encore d'embrasser avec ces deux doigts les deux côtés de la base de la tumeur, nous avons toujours facilement réussi à faire passer l'anse, de nos doigts sur le corps du polype, et de celui-ci sur son pédicule.

Cependant on a cherché, pour les cas où les doigts ne pourraient pas atteindre et saisir le polype, des moyens plus sûrs de conduire l'anse autour de son pédicule. Le premier, qui est très-ingénieux, mais qui est très-compliqué, appartient à Desault. Pour l'exécuter, il faut d'abord préparer une ligature longue d'un pied, composée de deux cordonnets de soie cirés et tordus l'un sur l'autre; une anse de fil simple, de couleur; une canule longue de six pouces, ouverte à ses deux bouts, étroite, recourbée légèrement à l'une de ses extrémités, qui est olivaire; une sonde de gomme élastique fine et flexible; un serre-nœud. Lorsque l'on s'est muni de tous ces objets, le malade étant assis et placé comme il a été dit plu-

sieurs fois, le chirurgien introduit dans la narine correspondante au polype, la sonde de gomme élastique enduite de cérat, la pousse jusque dans le pharynx, et fait sortir par la bouche son extrémité, à laquelle il attache les deux chefs de l'anse de fil colorié, et un des chefs de la ligature. La sonde retirée par la narine ramène avec elle tous ces fils, que l'on donne à maintenir à un aide: l'anse coloriée qui pend hors de la bouche lui est également confiée. Le chirurgien prend le chef de la ligature qui est resté libre, et le fait passer dans la canule, qu'il fait remonter sur lui jusqu'à ce que son extrémité recourbée soit arrivée derrière le voile du palais. Saisissant alors l'instrument de la main droite, il fait décrire à cette extrémité un cercle qui embrasse le polype, et qui jette autour de lui une anse formée oblique, un des chef de cette anse étant dans le nez, et l'autre dans la bouche: pour ramener celui-ci dans la fosse nasale, on fait passer la canule dans l'anse coloriée, dont on prescrit alors à l'aide de tirer les deux chefs qui sortent par le nez; l'anse remonte le long de la canule au-delà de laquelle elle rencontre la portion du fil qui a contourné le polype et qu'elle ramène dans la fosse nasale en la faisant sortir du tube qui la supporte. L'anse coloriée extraite par le nez, et la canule vide du fil qu'elle contenait, sont déposées; on passe alors les deux chefs de la ligature dans l'anneau du serre-nœud, et on pousse celui-ci dans la narine jusqu'à ce qu'il soit en contact avec le pédicule du polype; on tire les deux chefs en même temps que l'on soutient l'instrument, et, quand on a opéré une constriction suffisante, on les renverse dans la fente que celui-ci présente à son extrémité libre, et on les entortille autour de sa tige. Chaque jour on dégage le fil, et on augmente la constriction jusqu'à la chute de la tumeur.

Le second moyen est dû à M. Rigaud. Il consiste essentiellement dans un instrument composé sur le modèle de la pince à trois branches usitée pour le broiement des calculs vésicaux. C'est une forte canule, dans laquelle passent trois tiges d'acier plus longues qu'elles, et terminées à leur extrémité libre, laquelle est recourbée, par un œil de perdrix, c'est-à-dire par une ouverture qui se termine en fente au bout de la tige. C'est dans ces ouvertures que l'on place l'anse de fil qui se trouve maintenue ouverte par l'effet de l'élasticité et de l'écartement des trois tiges. Quand le polype est engagé entre les trois branches du *polypodome*, il suffit de tirer fortement les deux extrémités du fil par la narine pour le dégager des ouvertures terminables des tiges. On termine l'opération comme dans le cas précédent.

Le troisième moyen est le *filiduc* de M. Félix Hatin; il consiste en une lame métallique recourbée à l'une de ses extrémités, sur laquelle sont couchées deux autres lames de forme pareille, mais moins larges de moitié et mobiles latéralement, de telle sorte que quand on les fait mouvoir, elles glissent sur la première et augmentent la largeur de l'instrument. Le fil étant passé par le nez à la manière ordinaire, on engage la lame dans l'anse et on en place la partie recourbée derrière le polype. On presse sur les lames mobiles pour que la largeur de l'instrument dépasse celle du polype, et l'on tire sur les chefs de l'anse qui se trouve conduite en glissant le long de la lame qui la tient ouverte autour du corps de la tumeur.

De quelque manière que l'on ait saisi le polype, il faut traverser sa base avec une anse de fil, dont les extrémités sont ramenées au-dehors de la bouche, et fixées au bonnet du malade; sans cette précaution, on s'exposerait à voir, au moment où s'achève la section du pédicule, la tumeur tomber dans la gorge, être avalée, ou même déterminer la suffocation en se plaçant sur l'entrée du larynx, ou en pénétrant dans les voies aériennes. Il suffit, pour remplir cette indication, de saisir solidement la tumeur avec une pince, de l'attirer, pour la rendre saillante, dans l'isthme du gosier, et de la traverser avec une aiguille courbe armée d'un fil. Si la tumeur ne pouvait pas être attirée, il faudrait toujours la saisir avec des pinces, et se servir, ainsi que le fait M. Boyer, d'une sorte de porte-crayon nommé *porte-aiguille*, pour diriger l'aiguille courbe sur la tumeur. Quand la pointe de l'instrument a traversé le polype, on retire le porte-aiguille qui en supporte le talon, et on vient avec lui saisir cette pointe pour l'extraire et le ramener au-dehors.

De tout ce qui précède, il est facile de conclure que la ligature des polypes est une opération difficile; et il ne serait besoin que de rappeler le nombre des procédés à l'aide desquels on a tour à tour proposé de la pratiquer pour fournir la preuve de cette assertion. L'expérience a aujourd'hui suffisamment démontré qu'elle n'est applicable qu'aux polypes pédiculés d'un petit volume, qui sont placés près de l'ouverture antérieure des fosses nasales de manière à ce que leur pédicule puisse être aperçu, ainsi que l'était celui qu'a opéré Heister, et à ceux qui pendent dans l'arrière-bouche.

L'arrachement déjà indiqué par Hippocrate qui l'opérait au moyen d'un morceau d'éponge attaché à un gros fil qu'il tirait par la bouche, est au contraire une méthode applicable à tous les cas. Il y a plusieurs manières d'y procéder. Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque le polype est encore contenu dans la cavité nasale, le malade étant placé sur une chaise en face du jour, ayant le corps enveloppé d'une alèze et la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le chirurgien porte horizontalement dans la narine des pinces dites à polypes, sortes de pinces à anneaux, droites ou courbes, dont les mors sont larges et fenêtrés; il prescrit au malade de faire un effort comme pour se moucher, ferme les pinces pour saisir le corps du polype, l'attire à lui; puis tordant la pince sur elle-même, il rompt les adhérences qui unissent la tumeur aux parois des fosses nasales. Si, en attirant le polype, il s'aperçoit qu'il cède sans opposer de résistance, il portera une seconde pince pour le saisir près de son pédicule, et ce ne sera qu'avec celle-ci qu'il exécutera le mouvement de torsion. Ordinairement, M. Dupuytren fait ouvrir largement la bouche du malade, et porte les deux premiers doigts de la main gauche jusque sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale; par ce moyen, il soutient le polype en arrière, l'empêche de re-

culer au-devant des pinces, aide celles-ci à le saisir, et évite au malade la fatigue de tentatives, qui sans cela pourraient être multipliées sans fruit. Lorsque le polype est trop volumineux pour pouvoir être saisi par l'instrument, on peut, à l'exemple de Richter, se servir de pinces dont les branches se séparent et se réunissent à la manière de celles du forceps, et peuvent être placées l'une après l'autre sur les côtés opposés du polype. Si la tumeur est pendante du côté de la gorge, il faut l'attaquer par la bouche, et se servir pour la saisir de pinces recourbées, que l'on pousse aussi haut qu'on le peut derrière le voile du palais, afin d'embrasser le polype le plus près possible de son pédicule; mais ici, il faut presque toujours tirer directement sur les pinces, parce que leur courbure s'oppose à ce qu'on leur fasse éprouver un mouvement de rotation sur elles-mêmes.

Ces moyens suffisent quand le polype est encore vésiculeux et peu adhérent; mais il faut en employer d'autres quand il est résistant. S'il est en même temps d'un petit volume, et s'il s'insère à la partie inférieure de la fosse nasale, on peut ainsi que l'a fait Morand, se servir, pour le détacher, des deux doigts indicateurs, dont l'un est introduit par l'ouverture antérieure et l'autre par l'ouverture postérieure de la fosse nasale, et entre lesquels on le pousse alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il cède tout-à-fait. Sabatier, dans un cas de cette espèce, où le polype était placé si profondément qu'il ne put le saisir avec des pinces, se servit seulement du doigt indicateur droit qu'il introduisit dans le nez, et avec lequel il fit tomber le polype dans le pharynx. Mais les cas dans lesquels ce moyen peut réussir sont fort rares, et le plus souvent la tumeur est tellement implantée, volumineuse et résistante, qu'il faut employer des instrumens plus forts que les doigts. On se sert depuis long-temps, pour l'arrachement des polypes muqueux, de tenettes à mors et cuillères fenêtrées et garnies d'aspérités, qui empêchent le polype de glisser. Pour l'extirpation du polype fibreux, M. Dupuytren a fait construire des pinces très-solides, droites et courbées, et dont les mors sont armés à l'intérieur de pointes aiguës qui s'implantent dans la substance de la tumeur, et permettent d'exercer sur elle des tractions considérables sans courir le risque de la lâcher. Souvent aussi il emploie à cet usage de fortes pinces de Museux.

Quelle que soit la forme d'un polype fibreux, son extraction présente toujours des difficultés de plus d'un genre, qui dépendent de la facilité avec laquelle les parties les plus extérieures de la tumeur, qui sont précisément celles que l'on saisit, se laissent déchirer, de la force avec laquelle son pédicule adhère au périoste, d'où il tire communément son origine, et enfin, du danger de l'apparition d'une hémorrhagie assez considérable pour forcer à suspendre l'opération. On élude la première de ces difficultés en saisissant la tumeur le plus haut possible au-dessus des ouvertures qui lui livrent passage, en modérant les premières tractions, et en attendant, pour exercer les efforts convenables, que de nouvelles pinces aient été successivement appliquées sur des parties saines du polype, à mesure qu'elles se dégagent. Lorsqu'on a ainsi implanté trois ou quatre pinces de Museux ou autres dans un point de la substance de polype qui n'est point dégénéré, on peut surmonter la résistance qu'opposent ses attaches, en le tordant sur lui-même, en même temps qu'on le soumet à des tractions vigoureuses et soutenues. Lorsque la tumeur est volumineuse et saignante, il est bon de se précautionner contre l'hémorrhagie grave que les premières tentatives peuvent exciter. Pour cela, il faut, ainsi que le prescrit M. Dupuytren, à l'imitation de Ledran, commencer par passer de la bouche dans le nez les deux chefs d'une anse de fil, qui reste elle-même pendante hors de la bouche, et à laquelle est fixé un bourdonnet de charpie assez fort pour boucher l'ouverture postérieure de la narine; ce bourdonnet, auquel est attaché un autre fil qui sert à le retirer, est confié à un aide, ainsi que les deux chefs de l'anse sortant du nez. On se trouve dès lors tout prêt à arrêter par le tamponnement toutes les hémorrhagies qui pourraient survenir pendant ou après l'opération.

Toutefois il ne faut pas trop se hâter. M. Dupuytren a reconnu que le flot de sang considérable qui suit toujours l'avulsion d'un polype fibreux des fosses nasales ou du sinus maxillaire, est en général veineux, et qu'il est provoqué par les obstacles que la gêne de la respiration apporte à la circulation; il faut donc, avant tout, faire respirer largement le malade, et ne se décider à pratiquer le tamponnement qu'autant que la respiration s'exécutant pleinement et librement, le sang continuerait de couler, rouge, et en assez grande abondance pour compromettre la vie du sujet. Ce cas est rare, et il ne se présente guère lorsque la tumeur a été extraite en totalité, de telle sorte que la persistance d'un écoulement de sang artériel est presque une preuve qu'il est resté quelque partie du polype. Aussi les suites de l'opération sont-elles fort différentes selon que l'une ou l'autre de ces circonstances s'est présentée. Quand la tumeur a été totalement arrachée, qu'il n'y a eu par conséquent qu'un flot de sang noir plus ou moins abondant, qui s'est arrêté par l'effet de la régularisation de la respiration, et que le tamponnement n'a pas dû être employé, les malades n'éprouvent d'autres accidens que ceux d'un coryza d'une intensité médiocre; quelques bains de pieds et quelques lotions avec des décoctions émollientes que l'on injecte dans la fosse nasale, ou que l'on fait respirer, suffisent pour amener en peu de temps une guérison complète. Lors au contraire que l'on a été obligé de tamponner, les douleurs, la céphalalgie, le gonflement des parties sont beaucoup plus considérables; presque toujours la membrane muqueuse olfactive, excitée par le contact du sang qui séjourne dans les cavités nasales et qui s'y altère, devient le siége d'une suppuration abondante et fétide; quelquefois aussi l'hémorrhagie se reproduit chaque fois que l'on enlève le tamponnement qu'on est ainsi forcé de réappliquer à plusieurs reprises, et cet accident prolonge nécessairement et quelquefois d'une manière indéfinie la durée de la maladie; on ne tarde ordinairement pas alors à acquérir la preuve qu'il est resté quelque partie de polype; d'où les hémorrhagies consécutives ont tiré leur source.

Tant que le polype n'a pris qu'un médiocre accroissement, on peut l'arracher par le procédé qui vient d'être décrit; mais lorsqu'il est très-volumineux, et que surtout il a dépassé les limites de la fosse nasale, il arrive souvent que ce procédé ne suffit plus seul. C'est ainsi, par exemple, que la force d'expansion de la tumeur, suffisante pour écarter les os et dilater l'ouverture osseuse antérieure de la fosse nasale, échoue contre la résistance du tissu fibro-cartilagineux qui entoure l'orifice de la narine, de sorte qu'on ne saurait lui faire franchir cet orifice, beaucoup trop petit pour lui livrer passage. La même difficulté se rencontre lors même que la tumeur s'est portée au-dehors, parce que, dans ces cas, elle reste, comme nous l'avons dit, étranglée au niveau de l'ouverture qui lui livre passage, et qu'elle est renflée en deçà et au-delà. Dans ces cas, il ne faut pas balancer à débrider, ainsi que M. Dupuytren l'a fait plusieurs fois, l'orifice antérieur de la narine. Mais c'est surtout lorsque la tumeur s'est portée de la fosse nasale dans le sinus maxillaire ou dans les fosses zygomatique et temporale, qu'il est nécessaire de modifier l'opération. On conçoit en effet que l'irrégularité de la forme du polype, les renflemens et les resserremens alternatifs qu'il présente, rendent tout-à-fait impossible son extraction intégrale par une seule et même voie. Il faut alors, de toute nécessité, diviser l'opération en plusieurs temps, et détruire les branches du polype avant d'attaquer son corps.

La manière dont on doit s'y prendre pour détruire les embranchemens de la tumeur qui occupent le sinus maxillaire et le distendent, varie selon que ces productions ont déjà perforé quelqu'une des parois de cette cavité, ou qu'elles sont encore renfermées dans son intérieur. Lorsque la tumeur a franchi les limites du sinus, elle fait saillie, ou au-devant de lui, au-dessous de la joue qu'elle soulève, après avoir usé la paroi antérieure de la cavité, ou sur l'arcade dentaire, après avoir perforé les alvéoles des deux premières molaires, qui sont ébranlées, et paraissent implantées dans sa substance. Dans le premier cas, il faut, après avoir fait ouvrir largement la bouche du malade et relever la lèvre supérieure, inciser circulairement la membrane muqueuse buccale autour de la partie de tumeur qui fait saillie, saisir celle-ci avec de fortes pinces de Museux, et l'extraire en la tordant sur elle-même, ainsi qu'il a été dit pour les polypes contenus dans la narine. Dans le second cas, il faut commencer par arracher les dents ébranlées, inciser ensuite la membrane gengivale autour de la base de la fongosité formée par la partie saillante du polype, la saisir ensuite et l'extraire, en procédant toujours de la même manière. Si la perforation éprouvée par le sinus n'était pas assez considérable pour laisser passer la tumeur, il serait facile de l'agrandir, parce que les os sont amincis, et qu'ils se laissent couper avec facilité. M. Dupuytren se sert pour cela d'un fort bistouri recourbé en forme de serpette, et quelquefois aussi d'un simple bistouri boutonné.

Lorsque la tumeur n'a point encore franchi les limites du sinus maxillaire, il faut examiner avec soin les deux points vers lesquels elle se porte le plus ordinairement, et se décider à attaquer celui des deux qui paraît le plus voisin de la perforation spontanée. Si, par exemple, on trouve le bord alvéolaire sain, et la paroi antérieure du sinus fortement soulevée et crépitante sous la pression du doigt, on incisera la membrane muqueuse qui recouvre la fosse canine, et on perforera le fond de cette fosse pour arriver dans le sinus maxillaire, soit à l'aide d'une couronne de trépan, soit avec un simple trépan perforatif, ou avec une tréfine. Si, au contraire, le fond de la fosse canine, ou, ce qui revient au même, la paroi antérieure du sinus maxillaire était solide, et que le bord alvéolaire fût soulevé et les dents molaires ébranlées, il faudrait arracher ces dents, porter dans le fond de leurs alvéoles un perforatif qui ouvrirait largement le sinus maxillaire, et extraire par ce point la partie du polype contenue dans le sinus. S'il ne survient point d'hémorrhagie, et si le malade n'est pas fatigué, on peut procéder immédiatement à l'extraction du corps même du polype par le nez; dans le cas contraire, il faut suspendre, et tamponner le sinus maxillaire devenu libre, si le sang coule en assez grande abondance pour que l'on en éprouve quelque inquiétude; on recommence au bout de quelques jours.

En général, il suffit de deux opérations, pratiquées immédiatement l'une après l'autre, ou à quelques jours d'intervalle, pour détruire les polypes les plus volumineux, parce que les divisions principales de la tumeur, celle qui remplit le sinus maxillaire et celle qui remplit la fosse nasale, entraînent avec elles les divisions accessoires qui se portent du côté des fosses zygomatique et temporale, dans l'épaisseur de la joue, ou dans la gorge. Cependant il arrive quelquefois que la partie de la tumeur qui remplit la fosse temporale est tellement développée, qu'il faut de toute nécessité l'attaquer isolément. On commence alors par elle, on la découvre à l'aide d'une incision, on la saisit et on l'arrache; après quoi on attaque celle qui est contenue dans le sinus maxillaire, puis enfin celle qui remplit la fosse nasale. C'est à la sagacité du chirurgien à décider, d'après un examen attentif de la forme de la tumeur, et d'après une étude approfondie des progrès qu'elle a faits dans tel ou tel sens, quand une seule opération peut suffire, ou quand l'opération principale doit être précédée d'une ou de deux opérations préparatoires.

Les soins consécutifs consistent à retirer au bout de cinq ou six jours le tamponnement, lorsque l'on a été obligé d'en faire usage; à faire tous les jours, dans la cavité du sinus maxillaire, des injections avec des décoctions émollientes et détersives, à mettre le malade au régime des maladies aiguës, et à combattre énergiquement par les moyens appropriés toutes les fluxions inflammatoires qui pourraient se faire vers les parties affectées.

L'exsiccation, la cautérisation, l'excision des polypes nasaux et l'emploi du séton sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnés. La ligature et l'arrachement sont les seules méthodes que l'on emploie maintenant comme méthodes générales. L'arrachement surtout offre des avantages incontestables sur toutes les autres méthodes, y

compris celle de la ligature, la seule que quelques personnes lui opposent encore. Elle est, en effet, plus facile a exécuter, car on peut toujours saisir la tumeur avec des pinces, tandis qu'il est souvent impossible de l'entourer d'un fil. Son mode d'action est plus prompt, car en quelques minutes le malade est débarrassé de sa tumeur, et il faut constamment plusieurs jours pour qu'un polype lié se flétrisse, se mortifie et se détache; elle est plus sûre, car elle entraîne non-seulement le corps de la tumeur, mais encore ses racines, tandis que la ligature laisse subsister celles-ci, et expose par conséquent à la récidive du mal; enfin, elle est applicable à tous les cas, car on peut toujours la mettre en usage, quels que soient la forme, la nature et le volume de la tumeur, tandis que la ligature n'est applicable qu'aux polypes pédiculés et d'un médiocre volume, et que son emploi cesse d'être possible lorsque la tumeur est assez irrégulière ou assez volumineuse pour gêner le jeu des instrumens à l'aide desquels on place ou l'on serre le fil.

C'est donc, en définitive, la méthode de l'arrachement qui est la meilleure; c'est aussi celle que l'on emploie presque exclusivement à l'Hôtel-Dieu de Paris.

### Des polypes du sinus maxillaire.

Les polypes qui remplissent le sinus maxillaire ne proviennent pas toujours de la fosse nasale voisine. Dans un assez grand nombre de cas, ils naissent de la membrane même qui tapisse l'intérieur de cette cavité, et ils constituent alors les polypes du sinus maxillaire proprement dit. Ces polypes sont presque toujours de nature fibreuse ou sarcomateuse.

*Causes.* Ils se développent souvent à l'occasion d'une contusion reçue sur l'os de la pommette; mais dans un assez grand nombre de cas, la cause en reste complètement ignorée.

*Symptômes, marche, durée*, etc. Pendant longtemps les symptômes de cette maladie sont fort obscurs. Chez un assez grand nombre d'individus la maladie débute par des hémorrhagies nasales opiniâtres, et plus ou moins fréquentes; chez d'autres ce symptôme ne se manifeste que quand déjà le mal a fait de grands progrès. Dans la plupart des cas, il survient des douleurs sourdes, que l'on ne sait à quoi attribuer, et qui, d'abord concentrées dans la profondeur de la joue, s'étendent à tout le côté correspondant de la tête. Mais, enfin, la tumeur en se développant écarte les parois du sinus maxillaire, les refoule vers la joue, vers l'orbite, vers la fosse nasale et vers le palais; bientôt elle franchit les limites de cette cavité, et vient se montrer à nu dans la fosse canine, ou vers l'arcade dentaire, entre les premières molaires qu'elle ébranle, ou bien elle se porte vers la fosse nasale qu'elle obstrue, ou vers les fosses zygomatique ou temporale, et quelquefois vers tous ces points à la fois. Alors la difformité qu'occasione la maladie est très-grande, et elle apporte une gêne considérable à l'exercice de la parole, à la déglutition, et à la respiration. Elle ne tarde pas à faire périr les malades en produisant toute la série d'accidens que nous avons indiqués à l'occasion de polypes fibreux du nez.

Lorsque la tumeur est devenue apparente dans quelques points, il est impossible de la confondre avec aucune autre. Il n'en est pas de même quand elle est encore renfermée dans la cavité du sinus maxillaire, quelque dilaté et quelque déformé que soit celui-ci. On voit en effet quelquefois des amas de mucosités simples, ou purulentes (*abcès du sinus maxillaire*), se faire dans cette cavité et y produire les mêmes altérations de forme que les polypes qui y sont encore contenus; mais ici l'erreur est peu préjudiciable au malade, car on ne peut guérir ces collections qu'en perforant le sinus maxillaire, soit vers sa paroi antérieure, dans le fond de la fosse canine, soit vers sa partie la plus déclive, en arrachant les deux premières molaires, c'est-à-dire, en procédant d'abord comme si on voulait détruire une tumeur fibreuse du sinus; l'écoulement du liquide ferait bientôt reconnaître la méprise, et substituer à l'opération grave que l'on se serait cru appelé à faire, quelques injections détersives qui amèneraient promptement la guérison.

Le traitement des polypes du sinus maxillaire est tout entier chirurgical; il a été exposé à l'occasion des embranchemens que les polypes nasaux envoient quelquefois dans cette cavité. Nous ajouterons seulement ici que, dans quelques cas, la tumeur est tellement ramollie qu'il est impossible de la saisir et de l'extraire. Il faut alors en retrancher tout ce qu'on peut à l'aide de bistouris courbés sur leur plat, de cuillers tranchantes, ou d'autres instrumens analogues, détruire le reste par le moyen du cautère actuel porté dans le fond du sinus autant de fois que le mal semble repulluler.

Après l'arrachement complet des polypes fibreux, la guérison est prompte; les parois du sinus maxillaire dilaté reviennent sur elles-mêmes, mais il est rare que la difformité cesse totalement. Quand on a été obligé d'appliquer le feu, ce n'est qu'à travers une série d'accidens inflammatoires plus ou moins graves et après de longues suppurations que l'on peut obtenir la guérison; et, lorsque les parties osseuses qui ont été frappées de mort par la cautérisation sont tombées ou ont été extraites, la joue reste communément enfoncée du côté correspondant au sinus maxillaire, dont les parois sont détruites en partie.

### Des polypes des oreilles.

Les polypes qui se développent dans le conduit auditif sont rarement fibreux, le plus souvent ils sont vésiculeux; mais, incessamment irrités par les malades, ils s'enflamment de bonne heure, et alors ils deviennent saignans et friables. Ils peuvent occuper tous les points de l'étendue du conduit auditif; le plus souvent il en existe plusieurs en même temps: quelques sujets en ont à la fois dans les deux oreilles.

Ces sortes de tumeurs sont toujours fort petites; les accidens qu'elles occasionent sont: un suintement tantôt séreux, tantôt purulent, tantôt sanieux, plus ou moins abondant, la dureté de l'ouïe ou même la surdité, et enfin des douleurs assez vives, mais seulement quand elles sont irritées par des attouchemens indiscrets.

Quand elles occupent l'entrée du conduit auditif, il suffit de la simple inspection pour les reconnaître à leur couleur d'un rouge vif. Quand elles occupent le fond de ce conduit, on peut encore les apercevoir facilement en exposant l'oreille au jour, et en relevant le pavillon pour redresser la courbure du conduit.

On ne peut lier ces polypes que quand ils siégent tout-à fait à l'entrée du conduit auditif; mais on peut les arracher, à quelque profondeur qu'ils soient placés. M. Dupuytren a fait construire pour cela de petites pinces coudées, et terminées par deux cuillers qui embrassent la tumeur et la saisissent solidement. Dans quelques cas, cependant, elles sont si friables, qu'elles s'écrasent entre les mors de la pince, de sorte que leur pédicule reste et les reproduit incessamment: il faut alors cautériser le pédicule, après avoir détruit avec les pinces tout ce que cet instrument peut saisir. Mais cette opération devient fort délicate quand le polype occupe le fond du conduit auditif, à cause de la vive sensibilité de cette partie et de la proximité du cerveau. Nous avons cependant vu M. Dupuytren réussir à détruire complètement un polype de cette nature qui occupait le fond du conduit auditif, à l'aide de plusieurs applications d'un cautère en roseau conduit dans une canule métallique.

### Des polypes des voies aériennes.

Ces polypes sont fort rares. Desault et Pelletan en ont observé qui prenaient naissance des ventricules du larynx, ils étaient pédiculés. On ne connaît pas d'exemple bien authentique de polypes développés dans la trachée-artère ou dans les bronches, à moins que l'on ne prenne comme tel une observation fournie, au rapport de M. Alibert, par un médecin anglais, et dont le sujet est un homme qui, tourmenté par une grande difficulté de respirer, accompagnée d'une grande fréquence du pouls, et par un sentiment d'un poids extraordinaire sur la poitrine, fut tout à coup débarrassé de ces accidens, après voir rendu une *concrétion polypeuse*.

Ordinairement la maladie n'offre d'autres symptômes qu'une dyspnée extraordinaire, qui se transforme en une suffocation mortelle, lorsque la tumeur, poussée par quelque effort expiratoire, vient s'interposer entre les deux lèvres de la glotte. On sent que ces accidens sont trop peu caractéristiques de l'existence de polypes dans le larynx, pour autoriser à fendre cet organe, afin de procéder à l'extraction de la tumeur; opération qui serait cependant indiquée comme le seul moyen rationnel que l'on pût opposer à la maladie.

### Des polypes du pharynx et de l'œsophage.

Les polypes se développent rarement dans le pharynx et dans l'œsophage. Les accidens qu'ils déterminent sont ceux d'un rétrécissement de ces conduits, et il est facile de confondre ces deux maladies quand le polype est situé trop profondément pour pouvoir être atteint par le doigt ou par les instrumens. Quand la tumeur prend naissance de la partie supérieure du conduit œsophagien, elle devient apparente dans certains momens. Dallas a fait connaître l'histoire d'un polype volumineux né de ce conduit, et dont une des divisions venait se placer dans la bouche chaque fois que le malade se livrait aux efforts de vomissement, que la tumeur elle-même devait provoquer par sa présence. Dallas a imaginé, pour lier ce polype, des instrumens fort compliqués, et avec lesquels il n'a pu saisir qu'une partie de la tumeur.

Il nous semble que le meilleur procédé à suivre en pareil cas, serait d'employer, pour porter le fil, deux canules pareilles à la canule porte-nœud de Desault, mais plus longues et fortement recourbées. Un fil étant passé dans ces canules, on les introduirait parallèlement jusqu'au-dessous du niveau de la tumeur; on les écarterait alors l'une de l'autre, afin de faire passer la tumeur entre elles; et on les ramènerait de bas en haut, en longeant la paroi de l'œsophage à laquelle on supposerait que le polype prendrait son insertion, et, lorsque l'on sentirait que l'anse de fil étendue entre les deux canules serait arrêtée par le pédicule de la tumeur, on retirerait les canules après les avoir fait tourner l'une autour de l'autre, en soutenant le fil, afin qu'il ne se déplaçât pas; il ne s'agirait plus alors que de serrer l'anse. On sent que les serre-nœuds ordinaires, formés par des tiges inflexibles, deviendraient bientôt insupportables; nous pensons, avec l'auteur de l'article *Polype* du *Dictionnaire des sciences médicales*, qu'il faudrait employer de préférence celui de Roderick; mais nous le rendrions plus simple: c'est-à-dire, qu'après avoir enfilé les deux chefs du fil dans des grains de chapelet, jusqu'à ce que le premier fût en contact avec la tumeur, au lieu du tourniquet de Rodcrick, nous placerions sur le dernier de ces grains, entre les deux fils écartés, un petit cylindre de bois ou de métal, sur lequel nous les nouerions par un nœud et une rosette; on trouverait ainsi les avantages de ce serre-nœud, puisqu'on pourrait tous les jours dénouer la rosette et serrer progressivement la ligature, et on en éviterait les inconvéniens résultans du volume et de la pesanteur du tourniquet, et surtout de la difficulté de le faire construire convenablement.

### Des polypes de l'estomac.

Les autopsies cadavériques ont prouvé que la face interne de l'estomac pouvait devenir le siége de végétations polypeuses. Ces tumeurs, solitaires ou multiples, y acquièrent même quelquefois un volume considérable : Morgagni en a vu une qui pesait une livre. Leur consistance varie; en général, elles sont dures, quelquefois même ossifiées en partie; tantôt pédiculées, tantôt adhérentes à l'estomac par une large base; quelquefois, cependant, elles sont molles et vasculaires : la plus singulière en ce genre est celle qui a été observée à l'Hôtel-Dieu par MM. Husson et Patissier, et qui, s'étendant de l'estomac dans le duodénum, en traversant le pylore, avait non-seulement la forme d'un pénis, mais encore une structure analogue à celle des corps caverneux de la verge. Les accidens que ces polypes déterminent sont tout-à-fait

semblables à ceux qui dépendent d'une dégénération chronique de l'orifice pylorique de l'estomac, c'est-à-dire qu'ils consistent dans des douleurs plus ou moins vives, une tumeur plus ou moins inégale et dure dans la région épigastrique, des vomissemens fréquens et opiniâtres, et tous les symptômes de la colliquation et du marasme. Ces tumeurs sont incurables.

Des polypes des intestins.

Les polypes qui naissent de la surface de l'intestin ne sont pas fort rares ; on leur a trouvé, comme partout ailleurs, une organisation soit muqueuse, soit fibreuse, mais plus souvent de cette dernière nature. Portal dit en avoir vu deux de la grosseur du poing ; ils avaient été rendus spontanément par un individu, qui finit par périr du renouvellement des symptômes de la maladie ; à l'ouverture du corps, on trouva un grand nombre de polypes naissans de la face interne du colon.

Les symptômes des polypes du canal intestinal sont ceux d'une entérite chronique, et d'un épaississement graduel des parois de l'intestin avec rétrécissement et par suite oblitération de sa cavité. Les malades, tourmentés d'abord par des vents, des flatuosités, éprouvent de la douleur dans quelque point du ventre ; souvent le toucher y fait reconnaître l'existence d'une tumeur plus ou moins dure, les selles deviennent rares et difficiles, puis se suppriment tout-à-fait, et les malades périssent dans les accidens d'un étranglement interne. L'autopsie cadavérique peut seule faire reconnaître si ces accidens ont été dus à un rétrécissement du calibre de l'intestin, ou à une tumeur polypeuse.

Les polypes qui naissent du rectum sont les seuls que l'on puisse reconnaître et attaquer par les procédés chirurgicaux. Ordinairement d'un petit volume, ils pendent habituellement hors de l'anus, ou bien on les voit sortir de temps à autre de cette ouverture, à l'occasion d'un effort pour aller à la garde-robe. Lorsqu'ils siégent près de la partie inférieure de l'intestin, le diagnostic en est facile. Lorsqu'ils siégent plus haut, ils ne produisent d'autres symptômes que ceux d'un rétrécissement du rectum, et ce n'est que par le toucher ou par l'introduction d'un *speculum ani* que l'on peut les reconnaître. Cependant, avant de les avoir vus ou touchés, on peut quelquefois soupçonner leur existence à l'inspection des matières fécales : celles-ci ne sont pas en effet filées, comme dans le cas de rétrécissement circulaire du rectum ; elles présentent au contraire, sur un des côtés de leur circonférence, une sorte de dépression ou de rainure, qui, dans quelques cas, est assez distincte pour donner une idée exacte du volume et de la forme de la tumeur.

Lorsque les polypes du rectum sont habituellement pendans hors de l'anus, il faut les lier, ensuite en opérer la résection à l'aide des ciseaux courbes. S'ils ne sortent que de temps à autre, la ligature est le seul moyen qu'il convienne d'employer, et il faut attendre pour cela qu'un effort les ait chassés de l'intestin ; une fois liés, on peut les retrancher en coupant leur pédicule en deçà du point sur lequel le fil est appliqué. Dans ces deux cas, on n'a besoin d'aucun instrument pour placer ni pour serrer le fil. Il n'en est pas de même dans les cas où la tumeur est placée si haut qu'elle ne sort jamais de l'anus. Il faut alors, pour la lier, se servir des instrumens que Desault a imaginés pour lier les polypes utérins. Ce célèbre praticien a pu lier avec ces instrumens un polype situé dans le rectum, à six pouces au-dessus de l'anus, et il l'a fait avec succès. La tumeur s'est détachée au bout de huit jours, et des mèches introduites pendant quinze autres jours ont achevé la guérison : son procédé nous paraît le seul qui soit applicable en pareil cas.

Des polypes de la vessie.

Les polypes qui font saillie dans la cavité du réservoir urinaire ont été généralement confondus par les auteurs avec les *fongus* de la vessie ; probablement parce que ces polypes passent souvent à la dégénération fongueuse. Cependant l'anatomie pathologique nous apprend que les fongus proprement dits, c'est-à-dire les tumeurs qui présentent l'organisation fongueuse dès leur début, sont moins communs que les polypes. Ceux-ci, ordinairement fibreux ou d'une texture blanche, homogène et comme lardacée à leur base, sont assez souvent rouges, mollasses et vasculaires, ou même passés à l'état cancéreux vers leur extrémité libre ; ils sont quelquefois durs et même cartilagineux dans toute leur épaisseur ; quelques uns même présentent çà et là des concrétions terreuses à leur surface. Le plus souvent il n'en existe qu'un, et alors il peut acquérir un volume égal à celui d'un œuf et même dépasser ce volume ; d'autres fois il en existe un grand nombre, mais alors ils sont fort petits. Ordinairement pédiculées, mais dans quelques cas adhérentes par une large base, ces tumeurs naissent presque toujours du col de la vessie ou du trigone vésical ; certaines d'entre elles semblent être un lobe sur-ajouté à la prostate, et faisant saillie dans la cavité vésicale près de son orifice.

Les causes qui amènent le développement de ces sortes de tumeurs sont inconnues ; probablement ce sont celles de la cystite chronique.

La marche de la maladie est en général très-lente et les signes par lesquels elle s'annonce sont fort incertains. Dans leur état le plus habituel, les polypes vésicaux développent peu de symptômes, et ceux qu'il provoquent sont si analogues à ceux de la cystite chronique, qu'il est impossible de les distinguer des symptômes de cette dernière maladie. Quand ces tumeurs s'enflamment, ce qui arrive assez souvent, aux symptômes de la cystite chronique succèdent ceux de la cystite aiguë, c'est-à-dire une douleur vive dans l'hypogastre, une sécrétion abondante de mucosités vésicales, le pissement de sang, et les accidens sympathiques qui accompagnent cet état. A la vérité, placées, ordinairement dans le voisinage du col de la vessie, ou dans ce col même, elles provoquent souvent, dans le premier cas, une interruption brusque du jet de l'urine, et dans le second, une difficulté d'uriner toujours croissante, qui arrive peu à peu jusqu'à l'obstacle le plus complet, deux ordres d'accidens qui n'appartiennent

pas ordinairement à la cystite : mais le premier, ajouté à ceux-ci, complète le tableau des signes rationnels du calcul vésical ; et le second, également ajouté à ceux de la cystite, complète celui des inflammations chroniques de la prostate, d'autant plus exactement, que le doigt introduit dans le rectum, sent toujours alors que le volume de cette glande est sensiblement augmenté. Le cathétérisme, qui semblerait, au premier coup-d'œil, devoir éclaircir tous les doutes, n'est que d'un très-faible secours, et même le plus souvent il n'apprend rien. Si la tumeur est mobile au-devant de l'orifice vésical, la sonde la repousse et ne rapporte aucune sensation, ou bien elle donne une sensation si obscure, qu'on la confond facilement avec celle que produirait une bride ou toute autre saillie de la surface interne du réservoir urinaire ; si le polype est d'une consistance ferme, si surtout il est incrusté à sa surface, la sensation que fait éprouver le choc de la sonde contre la tumeur, est si analogue à celle qui résulte de la rencontre d'un calcul, que plusieurs praticiens distingués y ont été trompés, et qu'ils ont taillé comme calculeux des individus qui n'avaient que des polypes vésicaux.

Le cathétérisme ne fournit pas des renseignemens plus exacts losrque le polype est placé de manière à boucher complètement l'orifice du col de la vessie. En effet, si la tumeur est solide, elle oppose une résistance fort grande à l'introduction de la sonde ; si son tissu est ramolli, il se laisse traverser, et souvent alors il devient le siége d'une inflammation grave et fréquemment mortelle. Mais les engorgemens de la prostate présentent précisément les mêmes caractères, et l'autopsie cadavérique seule peut faire reconnaître le véritable caractère du mal. S'il est si difficile de distinguer les polypes vésicaux du calcul ou du gonflement chronique de la prostate, il est, à bien plus forte raison, impossible de les distinguer des tumeurs fongueuses proprement dites, qui produisent exactement les mêmes symptômes, si ce n'est peut-être que, dans certains cas, elles donnent plus fréquemment lieu à l'hématurie.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas aux accidens de la rétention d'urine ou à ceux qu'a déterminés le cathétérisme forcé que succombent le plus ordinairement les individus affectés de polypes vésicaux, parce que, dans les cas les plus ordinaires, le polype est assez éloigné du col vésical pour que sa présence se borne à gêner l'excrétion de l'urine : c'est à l'épuisement lent que déterminent tôt ou tard les affections chroniques des organes importans à la vie, ou liés par des sympathies étroites avec le reste de l'économie. Quelquefois cependant les progrès de la maladie sont si lents, que les malades s'en trouvent assez peu incommodés ; dans quelques cas même, il paraît qu'ils sont susceptibles de s'arrêter tout-à-fait. M. Boyer rapporte qu'un enfant, chez lequel M. Deschamps avait reconnu un polype vésical commençant, en lui pratiquant l'opération de la taille, sortit de l'hôpital de la Charité vingt jours après l'opération, ne ressentant plus aucune incommodité qui pût dépendre de la présence de la tumeur. Enfin une observation rapportée par Werner, et dont le sujet était une femme, semble prouver que, dans certains cas, les polypes vésicaux peuvent se présenter à l'orifice de l'urèthre, et donner prise à des instrumens capables de les saisir et de les extraire ; mais on sent que ces cas heureux sont extrêmement rares, et que ce dernier surtout ne peut se présenter que chez les femmes.

L'art ne peut opposer aux polypes de la vessie qu'un palliatif, qui consiste à modérer par des bains, des boissons rafraîchissantes, et des applications de sangsues faites pendant les temps d'exacerbation des douleurs, les souffrances ou les incommodités qu'ils provoquent. Un fonticule, établi dans le voisinage dès le début du mal, en retarderait probablement les progrès, au moins dans certains cas.

Le seul cas qui présente aux malades une chance de guérison radicale, est celui où il existe en même temps un calcul et un polype pédiculé, prenant son insertion non loin du col de la vessie ; mais ce n'est qu'au moment où l'on procède à l'opération, que l'on reconnaît ordinairement la présence du polype, le cathétérisme ne faisant reconnaître que celle du calcul. Ce cas s'est présenté à Desault. Ayant porté le doigt dans la vessie d'un homme qu'il venait de débarrasser d'une pierre, il reconnut qu'un polype, supporté par un pédicule étroit, et prenant son insertion près du col de la vessie, existait dans la cavité de cet organe; il le saisit avec des tenettes, et en fit l'extraction après avoir tordu son pédicule; le malade guérit. Mais les choses ne sont pas toujours aussi favorablement disposées. Chez la plupart des malades qui présentent la complication d'un polype et d'un calcul, ou bien la tumeur a une large base, ou bien elle s'implante au sommet de la vessie, ou bien le calcul se trouve enveloppé par la substance même du polype ; et dans tous ces cas, soit que, ne soupçonnant pas l'existence du polype, ce qui arrive souvent, on le saisisse en même temps que le calcul, soit que l'ayant reconnu, on le saisisse isolément, son arrachement est presque toujours suivi de la mort. Le succès obtenu par Desault doit-il autoriser à tailler les malades que l'on soupçonne être affectés de polypes vésicaux, afin de se donner les moyens de constater la présence de ces tumeurs, d'en reconnaître le siége précis et la forme, et d'en opérer l'ablation s'il y a lieu? Nous pensons qu'une semblable opération ne devrait être tentée qu'autant que l'on aurait acquis préalablement la certitude que le polype présenterait les mêmes conditions que celui qu'a opéré Desault; mais comme nos moyens d'investigation sont insuffisans pour nous procurer des données aussi exactes, il en résulte que l'on doit, dans tous les cas, s'abstenir de toute opération : car on pourrait rencontrer un polype tellement disposé, qu'il fût impossible de le saisir ; on pourrait même tailler un malade qui n'aurait qu'une cystite chronique, et l'expérience a prouvé que, dans ces cas, la cystotomie a très-souvent des suites funestes.

On a fait, dans ces derniers temps, quelque bruit d'un instrument propre à faire voir l'intérieur de la vessie. Nous ne pensons pas que l'auteur ait lui-même beaucoup de confiance en ce moyen d'investigation ; car nous avons soumis à

a lithotritie un jeune homme qu'il avait sondé inq à six fois longuement et péniblement sans ouvoir rencontrer la pierre, et cependant il n'a as tenté d'inspecter la vessie avec son instrument l'optique.

### Des polypes de l'utérus (1).

Des productions polypeuses peuvent s'élever u tissu même de la matrice. Les causes qui les roduisent sont tout aussi inconnues que celles es autres polypes. Les filles, les femmes, et, armi celles-ci, celles qui ont eu des enfans, et elles qui sont restées stériles en sont également ffectées. Il n'est même pas nécessaire que les rèles soient établies pour que des polypes utérins uissent se développer; chez la jeune fille de onze ns, dont on trouve l'observation dans le *Journal le Chirurgie* de Desault, les hémorrhagies dépendantes du polype lui-même, ont évidemment récédé les règles de trois et quatre ans.

Les polypes utérins, presque toujours fibreux, onstituent une maladie tellement fréquente, que Bayle a avancé qu'un cinquième des femmes qui rrivent à un âge avancé en sont affectées. Ils peuent tirer leur origine du corps même de l'utérus, le la face interne de son col, ou de la surface exérieure du museau de tanche. Ces origines différentes apportent quelques modifications dans la marche de la maladie et dans les accidens qu'elle létermine.

Les polypes qui naissent du corps même de l'utérus, se portent tantôt vers la surface péritonéale de ce viscère, et d'autres fois ils font saillie à sa surface interne; ils constituent, dans le premier cas, ce que les auteurs ont appelé tumeurs ibreuses ou corps fibreux de la matrice.

Le plus souvent ces corps, qui presque toujours sont multiples, conservent un petit volume, et ne déterminent aucun accident qui puisse faire soupçonner leur existence. D'autres fois ils acquièrent un volume considérable, au point d'égaler, par exemple, en grosseur, la tête d'un homme adulte. Alors ils occasionent dans la santé des femmes quelques dérangemens qui simulent le plus ordinairement une grossesse commençante. Mais ces symptômes durent peu; les règles se rétablissent, et même chez quelques femmes elles viennent plus abondamment ou plus fréquemment, et sont alors précédées et suivies d'écoulemens blancs et abondans; ce n'est guère que dans les cas où la malade touche à l'époque où elles doivent naturellement cesser, qu'elles se suppriment tout-à-fait. Cependant la malade éprouve un sentiment douloureux de tension et de pesanteur dans la région hypogastrique; et bientôt on découvre au toucher une tumeur plus ou moins arrondie et régulière, qui occupe soit cette région, soit l'une ou l'autre des régions iliaques, soit toutes ces régions à la fois. Dans la plupart des cas, la tumeur cesse après quelque temps de faire des progrès, et l'on voit alors la malade n'en être plus incommodée que par son poids lorsqu'il est considérable, et reprendre du reste tous les attributs d'une santé florissante. Elle peut même devenir enceinte; mais la gestation est pénible, et l'accouchement a presque toujours des suites fâcheuses, soit qu'il se fasse avant terme, ce qui est plus ordinaire, soit qu'il ait lieu à l'époque naturelle. Cependant quelques femmes, lors même qu'elles ne sont point devenues enceintes, sont très-fatiguées par la maladie dont nous parlons; elles maigrissent, perdent leurs forces, s'œdématient, et tombent dans le plus grand état de dépérissement.

Les polypes qui font saillie vers la face interne de l'utérus, fibreux pour la plupart comme les précédens, tendent incessamment à s'accroître. Aussi en voit-on qui acquièrent un volume et un poids énormes, et qui, après avoir franchi le col de l'utérus, viennent faire saillie à l'extérieur des parties génitales. On peut, sous ce rapport, diviser la marche de ces tumeurs en quatre époques principales, qui, chacune, sont remarquables par des phénomènes particuliers. Dans la première, ces tumeurs sont encore renfermées dans la cavité de la matrice; dans la seconde, elles sont en quelque sorte au passage, et font saillie à travers l'orifice du col utérin qu'elles dilatent; dans la troisième, elles sont sorties de la matrice, et elles remplissent le vagin; dans la quatrième, enfin, elles ont franchi la vulve.

Les symptômes dès la première période ressemblent beaucoup à ceux qui sont produits par les corps fibreux développés dans l'épaisseur des parois utérines, et qui font saillie vers la face péritonéale de l'organe; c'est-à-dire que, pendant long-temps, la malade n'éprouve que les symptômes qui appartiennent à une grossesse commençante, symptômes qui sont même beaucoup plus exprimés dans le cas qui nous occupe. Cependant, au bout d'un temps variable, il se manifeste de l'embarras, de la pesanteur dans la région hypogastrique et vers l'anus; souvent aussi il survient des écoulemens muqueux, et même des pertes de sang. Si on introduit un doigt dans le vagin, le toucher fait reconnaître que la matrice a acquis du volume et du poids; sa forme est arrondie et régulière, à une époque avancée de la maladie, le col lui-même est effacé; mais quel que soit le volume qu'ait acquis la matrice, on ne reconnaît aucun ballottement. On voit quelquefois la tumeur acquérir un volume si considérable dans la cavité de l'utérus, qu'elle n'en peut plus sortir; alors les pertes et les autres écoulemens deviennent plus abondans et plus fréquens, et les malades s'épuisent avec rapidité : alors aussi on peut toucher la tumeur à nu à travers l'orifice du col de l'utérus, entr'ouvert et complètement effacé; on sent qu'elle est lisse, arrondie, et d'une consistance ferme, mais non douloureuse au toucher.

Mais, dans la plupart des cas, le polype s'engage comme une espèce de coin dans le canal que forme le col de l'utérus, et vient se présenter à la partie supérieure du vagin. La maladie est à la seconde époque de sa marche. Ordinairement alors les accidens que la présence de la tumeur occasionent du côté de la matrice diminuent, mais les pertes augmentent sensiblement; dans quelques cas même, c'est à cette époque que les écoulemens de diverses natures se manifestent pour la

(1) Madame Boivin et A. Dugès, *ouvrage cité.*

première fois. Le toucher fait reconnaître que les bords de l'orifice du museau de tanche sont écartés par une tumeur convexe, lisse, et plus ou moins grosse, séparée par un enfoncement circulaire des bords de l'ouverture qu'elle traverse, lesquels font eux-mêmes une saillie circulaire autour de laquelle le doigt ne rencontre que le cul-de-sac qui termine en haut le vagin. Lorsque le polype a acquis dans la matrice un volume considérable, il a, ainsi que nous l'avons dit, de la peine à franchir le col de cet organe. Il arrive même quelquefois qu'après s'être présenté à l'orifice externe du museau de tanche, il se retire dans la cavité de l'organe, de sorte qu'après l'avoir senti distinctement, le doigt ne le rencontre plus. C'est principalement aux époques des règles que, dans ces cas, le polype se présente à l'orifice utérin; il n'est pas rare alors que les malades soient prises de douleurs accompagnées d'efforts d'expulsion tout-à-fait analogues à ce qui se passe dans l'accouchement. Si on porte le doigt dans le vagin pendant ces douleurs, on sent distinctement que le col de la matrice est plus ou moins effacé et entr'ouvert, et qu'une tumeur volumineuse et lisse fait effort pour sortir à travers son ouverture. Si au contraire on pratique le toucher dans l'intervalle des douleurs, et surtout quelques jours après l'époque menstruelle, on trouve l'orifice utérin refermé, et l'on ne sent plus de tumeur, au moins à nu; tout ce que l'on peut constater, c'est l'augmentation du volume de la matrice. Ceci explique comment le toucher pratiqué à diverses époques peut conduire à des diagnostics différens et mêmes contradictoires, puisque de deux praticiens qui auront visité la malade à quelques jours d'intervalle, l'un prononcera qu'il n'y a pas de polype, tandis que l'autre sera autorisé à soutenir qu'il a constaté l'existence de cette maladie.

Quoi qu'il en soit, le résultat de ces efforts est ordinairement de précipiter le polype dans le vagin; et le plus souvent même il y parvient sans leur secours, après avoir dilaté peu à peu le col de la matrice, ainsi que nous l'avons exposé. Il est alors arrivé à la troisième époque de sa marche. Le toucher pratiqué à cette époque fait reconnaître dans le vagin une tumeur de consistance ferme, lisse à sa surface, ayant la forme d'une poire, dont la grosse extrémité est dirigée en bas, et dont le pédicule arrondi, plus ou moins gros, et autour duquel on peut promener circulairement le doigt, pénètre dans le col de l'utérus, qui n'y adhère pas et forme autour de lui un bourrelet circulaire distinct, limité en dehors par une rainure profonde et circulaire aussi, laquelle rainure est terminée en forme de cul-de-sac, et répond à la partie la plus élevée du vagin. Si le col utérin est très-dilaté, et que le polype soit d'un volume médiocre, on peut quelquefois le replacer dans la matrice, mais il retombe dans le vagin aussitôt que l'on cesse les manœuvres de réduction. Dès que le polype a abandonné la cavité utérine, les malades se trouvent soulagées, comme cela a lieu toutes les fois que la matrice se débarrasse d'un fardeau quelconque; mais la tumeur ne tarde pas à occasioner un sentiment incommode de pesanteur sur la région anale, elle gêne la défécation, elle provoque des envies fréquentes d'uriner, et bientôt, altérée par le contact de l'air, ou gonflée par la gêne que le contour de l'orifice utérin apporte au retour du sang qui la nourrit, elle fait des progrès plus rapides, et devient la source d'écoulemens blancs abondans, de pertes de sang fréquentes et copieuses, qui font promptement tomber les malades dans un épuisement anémique complet.

Ce n'est guère que lorsque l'orifice du vagin est très-large, et que la malade, étant accroupie, fait un effort considérable, que le polype franchit l'ouverture de la vulve et se précipite au dehors. Aussi, dans la plupart des cas, cet accident n'a-t-il pas lieu; il ne peut guère arriver sans que le fond de l'utérus, déjà fortement abaissé quand un polype volumineux s'est précipité dans le vagin, ne s'engage entre les lèvres du museau de tanche, ce qui constitue un renversement plus ou moins complet de la matrice. Aussitôt que le polype s'est précipité au dehors, la malade urine mieux et va plus librement à la selle; mais elle éprouve des tiraillemens douloureux dans les aines, dans les cuisses, et dans la région lombaire. On fait cesser ces accidens en replaçant le polype dans le vagin, ce qui est ordinairement facile quand on procède promptement à la réduction; mais si l'on attend trop, le polype se gonfle rapidement, devient irréductible, s'enflamme, et quelquefois même se gangrène.

Les polypes qui naissent de l'intérieur du col de l'utérus sont presque toujours fibreux; ceux qui naissent de l'extérieur de ce col peuvent l'être également, mais ils sont souvent vésiculeux, et alors ils sont multiples, au moins ordinairement. Les uns et les autres sont beaucoup moins communs que ceux de l'utérus proprement dits; ils ne s'annoncent par aucun symptôme qui ressemble à la grossesse; les premiers accidens qu'ils provoquent sont des écoulemens séro-muqueux, et des pertes sanguines. On a avancé à tort que les polypes muqueux n'étaient pas susceptibles de provoquer ce dernier accident; nous avons vu une jeune et forte fille qui n'avait que des polypes vésiculeux pendans à la périphérie du col de l'utérus, et qui était très-fatiguée, par les écoulemens sanguins et autres auxquels ces tumeurs donnaient lieu. Les premiers s'opposent presque dès leur naissance à la fécondation, parce qu'ils dévient le col de l'utérus; les autres ne s'y opposent que plus tard, et quand ils ont acquis un certain volume. Le toucher fait aisément connaître l'existence et le lieu d'origine de toutes ces espèces de polypes.

Quel que soit le lieu d'où les polypes qui se développent dans les voies génitales de la femme tirent leur origine, qu'ils viennent de l'utérus ou du vagin, le diagnostic n'en est pas toujours aussi facile que la description que nous venons d'en donner semblerait l'indiquer; on les confond au contraire assez souvent avec d'autres maladies.

Il est évident, par exemple, que l'on ne peut que présumer l'existence des corps fibreux de la matrice qui restent renfermés dans l'épaisseur des parois de cet organe, ou qui se portent du côté de sa surface péritonéale, et qu'il est souvent tout-à-fait impossible de les distinguer de diverses tumeurs anormales qui peuvent se développer dans le voisinage de l'utérus. Les polypes utérins proprement dits, tant qu'ils sont encore renfermés dans la ca-

vité du corps de la matrice, ne fournissent que des signes équivoques qui peuvent être confondus avec ceux de la grossesse. A la vérité, les écoulemens de toute nature, les douleurs que la malade éprouve, l'état anémique dans lequel elle tombe, éloignent bientôt cette idée; mais ces divers accidens peuvent dépendre d'une inflammation chronique de l'utérus, et il est souvent impossible de distinguer cette affection du polype. Toutefois, l'altération de la santé générale, qui survient par l'effet des progrès d'un polype utérin, offre quelques nuances qui la distinguent de celle qui est l'effet d'une métrite chronique. Dans le premier cas, c'est un état purement anémique, les malades pâlissent rapidement, leurs membres s'œdématient même quelquefois, et leur pouls est petit et fréquent; mais la peau est fraîche; tandis que dans la métrite chronique avancée, il y a chaleur à la peau, petitesse et raideur du pouls, bouffissure du visage, etc. Cependant, ces différences ne sont pas toujours tellement tranchées, que l'on puisse facilement les saisir, et dans l'état actuel de la science il n'y a qu'un seul cas qui puisse permettre de porter un diagnostic certain; c'est celui où, le col étant effacé et entr'ouvert, il est possible de sentir la tumeur immédiatement à travers l'ouverture arrondie et à bords minces du museau de tanche. En introduisant un spéculum, on peut aussi dans ce cas voir le polype à nu.

Lorsque le polype commence à faire saillie à travers l'orifice du col de l'utérus, son existence est beaucoup plus facile à constater; mais on peut le confondre avec la tumeur formée par un renversement complet de la matrice, avec laqelle il a beaucoup de ressemblance. Toutefois, si l'on considère que le renversement de la matrice n'a ordinairement lieu qu'à la suite de l'accouchement, et que la tumeur formée par le fond de ce viscère incomplètement renversé est douloureuse au toucher, molle et facilement réductible, tandis que le polype se présente avec des conditions opposées, on évitera facilement la méprise. D'ailleurs, la marche ultérieure de la maladie leverait bientôt tous les doutes; car le polype ne tarde pas en général à descendre dans le vagin, et alors il est facile de reconnaître qu'il est plus épais en bas qu'en haut, tandis que le renversement de l'utérus suit une marche plus lente, et que la tumeur qu'il détermine conserve la forme hémisphérique qu'elle a dès l'origine. Les méprises deviennent plus difficiles à mesure que la tumeur se précipite plus complètement dans le vagin; aussi, est-il en général fort difficile d'en commettre quand le polype utérin y est tout-à-fait descendu, et qu'il n'est ni très-ancien, ni très-volumineux, parce qu'il est facile d'en apprécier le volume, la forme, la consistance et le lieu d'origine. Elles redeviennent possibles, au contraire, et même dans quelques cas, difficiles à éviter, quand les deux circonstances que nous venons d'indiquer existent. En effet, lorsque le polype devient très-volumineux, il remplit complètement le vagin, et il repousse en haut le col de la matrice, de manière à le rendre inaccessible au doigt : et quand il est fort ancien, il arrive quelquefois, rarement cependant, qu'il contracte des adhérences avec les parois du canal qui le contient. Dans le premier de ces cas, il est impossible de constater le passage du pédicule du polype à travers le col de l'utérus; dans le second, il est impossible de porter le doigt autour de la tumeur, et par conséquent de déterminer d'une manière exacte, et sa forme et le lieu d'où elle tire son origine. On peut alors prendre et l'on a pris souvent un gros polype utérin pour un renversement complet de l'utérus, ou pour une descente de cet organe. Cependant la consistance et la sensibilité de la tumeur ne sont pas les mêmes dans ces différens cas; la marche de la maladie offre aussi quelques différences, et, en comparant attentivement toutes les circonstances présentes et commémoratives, on parviendra dans la plupart des cas, et souvent même avec facilité, à établir un diagnostic exact.

On peut encore se tromper quand le polype a franchi la vulve. Des praticiens, induits en erreur par quelques fissures existant au sommet de la tumeur, l'ont confondue avec la matrice complètement précipitée. D'autres même, ayant excisé des polypes ainsi tombés hors des parties génitales, ont cru avoir amputé le viscère, et n'ont point été détrompés par l'examen anatomique de la tumeur, parce que dans quelques cas où elle est frappée d'une dégénération avancée, il se forme dans son centre des cavités qu'ils ont prises pour celle de l'utérus. De semblables erreurs sont fort difficiles à expliquer. Une méprise plus facile à commettre dans ce cas, est celle qui consiste à ne pas reconnaître les limites qui séparent le tissu du polype de celui de la matrice. Il arrive en effet souvent alors, ainsi que nous l'avons dit, que la tumeur attachée au fond de l'utérus entraîne avec elle cet organe au-dehors en le renversant. Cependant, avec de l'attention, on peut encore éviter de commettre une erreur fâcheuse, en ce qu'elle pourrait conduire à porter l'instrument tranchant ou la ligature sur le tissu même de la matrice. Cet organe en effet est sensible, et le polype ne l'est pas. Là donc où la tumeur est douloureuse au toucher existe le tissu de la matrice : là où elle est insensible est celui du polype.

Enfin, à quelque époque qu'on les examine, on peut confondre les polypes utérins avec les affections cancéreuses du col de la matrice: et ce n'est pas seulement quand le polype lui-même est frappé de dégénération que cette méprise a été commise. On conçoit en effet qu'alors, si surtout la tumeur est ancienne et volumineuse, la difficulté d'atteindre avec le doigt le pédicule du polype et le corps de la matrice peut rendre le diagnostic difficile, quoique cependant le volume même de la tumeur soit une raison de penser qu'il y a plutôt un polype qu'une affection du corps utérin, puisque dans celles-ci les parties malades n'acquièrent jamais un volume considérable. Mais on a encore pris pour des cancers du col de la matrice des polypes qui n'étaient atteints d'aucune dégénération, et qui présentaient bien tranchés tous les caractères propres à ce genre de productions; cela vient probablement de ce que quelques polypes acquièrent de la dureté et deviennent inégaux à leur surface; cependant il semble que, toutes les fois que le doigt peut atteindre le col de l'utérus

et contourner le pédicule de la tumeur, toute méprise doit être impossible : et telle serait notre opinion, si nous n'avions vu plusieurs fois M. Dupuytren opérer la résection de polypes que plusieurs chirurgiens des plus habiles de la capitale avaient pris pour des cancers utérins, et rendre ainsi à la vie des malades condamnées à une mort certaine, par les méprises dont elles avaient été l'objet.

Les polypes qui tirent leur origine du col de l'utérus ou du vagin, beaucoup plus rares que les précédens, ne peuvent que difficilement être pris pour d'autres affections. Tant qu'ils sont d'un volume médiocre, on peut facilement reconnaître leurs points d'attache. Quand ils ont acquis un volume considérable, on n'y parvient que plus difficilement, et cela est même quelquefois impossible; mais la consistance et l'aspect de ces tumeurs, et la connaissance des circonstances commémoratives, suffisent ordinairement pour éclairer suffisamment le diagnostic.

Le pronostic des polypes utérins, en général grave, varie toutefois pour les différentes espèces.

Nous avons déjà vu que les tumeurs fibreuses qui se développent du côté de la surface péritonéale, entraînent rarement la mort, et qu'après avoir fatigué les malades pendant un temps plus ou moins long, on voit ordinairement les douleurs céder, et la santé se rétablir, quoique la tumeur persiste.

Les polypes qui tirent leur origine de la cavité de la matrice ont, comme nous l'avons dit, l'inconvénient de déterminer le renversement de l'organe, et d'ajouter ainsi aux douleurs de la maladie celles qui accompagnent le renversement de l'utérus. Ils ont de plus l'inconvénient de faire quelquefois des progrès si considérables avant de franchir le col de la matrice, qu'ensuite ils ne peuvent plus sortir de la cavité de l'organe, et restent alors en général incurables. Ces polypes, qu'ils soient sortis ou non de la cavité utérine, et ceux qui naissent des autres points que nous avons indiqués, peuvent épuiser les malades par les pertes blanches et rouges qu'ils déterminent ; et, en dégénérant, ils peuvent entraîner la mort à la manière des cancers utérins.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi ; on a vu des polypes cesser tout à coup de faire des progrès et de suinter, de telle sorte que les malades n'en ont plus été incommodées que par la gêne qu'ils apportaient aux fonctions des parties voisines. Dans d'autres cas, le polype, tiraillant son pédicule, finit par l'amincir et par le rompre, et les malades se trouvent spontanément guéries. D'autres fois, lorsque le pédicule de la tumeur se trouve fortement serré par le col de l'utérus, et lorsque surtout la tumeur a franchi la vulve, elle se gonfle, s'enflamme, se gangrène et se détache, et la guérison est encore la suite de cet accident. Mais on sent qu'il est impossible de compter sur de semblables guérisons, et qu'il est toujours indiqué de détruire ces tumeurs, lors même qu'elles ne fournissent point d'écoulemens ou qu'elles ont cessé d'en fournir, ne fût-ce que pour délivrer les malades de la crainte ou de l'attente d'un état plus grave, et surtout pour détruire les obstacles qu'elles apportent à la fécondation et à la gestation. Toutes ne sont cependant pas susceptibles de s'opposer complètement à cette fonction. Nous avons déjà vu que les tumeurs fibreuses proprement dites n'empêchaient pas les femmes de concevoir, mais qu'elles rendaient les couches périlleuses. Plusieurs observations rapportées par Levret (1) prouvent que non-seulement une femme affectée de polype utérin volumineux et arrivé à la troisième époque de sa marche, peut concevoir, mais même accoucher heureusement à terme ; mais, malgré ces faits, il n'en reste pas moins constant, qu'en général les polypes utérins s'opposent à la fécondation, et même, dans d'autres cas, au coït, et que, lorsqu'ils n'ont pas empêché la femme de concevoir, ils accélèrent l'époque de l'accouchement, et en rendent les suites périlleuses.

*Caractères anatomiques.* L'inspection anatomique prouve que les polypes qui tirent leur origine, soit du vagin, soit de l'utérus, sont en général de la même nature que ceux qui se dévelopent partout ailleurs. Seulement, les polypes qui naissent du corps même de l'utérus étant beaucoup plus communs que les autres, et presque toujours fibreux, il en résulte que les polypes muqueux se font plus rarement remarquer dans les voies génitales que les autres : ce qui est l'inverse de ce que l'on trouve dans les fosses nasales.

Les corps fibreux qui se portent vers la surface péritonéale de l'utérus sont très-souvent multiples, et, dans ces cas, ils déforment cet organe au point de le rendre presque méconnaissable. Lorsqu'ils naissent dans l'épaisseur même des parois de la matrice, ils y restent pendant quelque temps renfermés et comme cantonnés. Dans tous les cas, ils sont peu adhérens à la substance même de l'organe aux dépens duquel ils se développent, et il est toujours facile de distinguer leur substance de la sienne. Ces corps, quand ils sont fort anciens, deviennent cartilagineux et même osseux (*calculs de la matrice*); alors ils ne font plus de progrès ; ce qui explique la cessation, après un certain laps de temps, des douleurs et des autres accidens qu'ils avaient d'abord provoqués.

Les polypes qui font saillie du côté de la cavité utérine naissent presque toujours de son fond, entre les insertions des deux trompes de Fallope. Tant qu'ils restent renfermés dans la matrice, ils conservent dans toute leur masse l'apparence et la texture fibreuse. Ce sont ces polypes qui, lorsqu'ils sortent de l'utérus, entraînent avec eux le fond de cet organe, et le renversent en totalité ou en partie. Leur pédicule est plus ou moins gros ; il n'est pas toujours proportionné au volume de la tumeur; le plus souvent il ne contient que des vaisseaux d'un petit calibre ; quelquefois cependant il en contient d'assez gros pour qu'on en puisse percevoir les battemens au toucher. Beaucoup d'auteurs ont dit que les polypes utérins sont recouverts par une enveloppe ferme et résistante, qu'il est assez facile de séparer de leur tissu. M. Hervez de Ché-

(1) Voyez les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tom. 3.

goin (1), ayant eu dans ces derniers temps l'occasion d'examiner cette enveloppe sur plusieurs polypes, a reconnu qu'elle était de nature musculaire et formée par le tissu même de la matrice que la tumeur, née dans l'épaisseur des parois de cet organe, avait poussée au devant d'elle, dans ses développemens successifs, non-seulement dans la cavité utérine, mais encore, à travers l'orifice du col, jusque dans le vagin. Ce praticien pense en outre que la constriction exercée par le col de l'utérus sur le pédicule du polype suffit à la longue pour couper cette tunique; et il explique la différence des résultats de la ligature, l'une des méthodes opératoires que l'on oppose à ce genre de maladie, par la différence des époques où l'on opère. Suivant lui, si on lie le polype avant que la section de la tunique soit opérée par le col utérin, on agit, sur le tissu même de la matrice, et l'inflammation se propage facilement à cet organe. Dans le cas contraire, le fil n'agissant que sur des parties moins sensibles, l'inflammation se borne aux points sur lesquels il agit immédiatement. Les faits d'anatomie pathologique observés par M. Hervez sont fort importans; cependant, quoique, depuis qu'ils sont arrivés à notre connaissance, nous n'ayons eu aucune occasion d'examiner la texture des polypes utérins, et par conséquent d'observer rien qui leur soit contraire, ils nous semble que nous avons trop évidemment vu des polypes encore renfermés dans la cavité de la matrice, présenter à l'extérieur la couleur blanche et resplendissante du tissu fibreux, pour que nous puissions admettre que ces faits soient l'expression d'une disposition tout-à-fait générale.

Les polypes fibreux qui naissent du col de l'utérus déterminent une augmentation considérable de volume de la partie du col utérin qui leur donne naissance. Cette partie semble alors se prolonger et même se confondre avec le polype; il est quelquefois assez difficile de distinguer le point où commence la substance de l'un et où finit celle de l'autre. Dans ce cas, le col utérin est toujours déformé et dévié.

Les polypes qui restent renfermés dans la cavité utérine peuvent passer, mais rarement, à l'état cartilagineux, et, plus rarement encore, de l'état cartilagineux à l'état osseux; quelquefois ils s'enflamment et contractent des adhérences par quelque point de leur surface avec la face interne de l'utérus. Les polypes nés de l'utérus ou de son col, qui sont saillans dans le vagin, ceux qui naissent de l'extérieur du museau de tanche, et ceux qui naissent du vagin lui-même, peuvent aussi contracter des adhérences avec ce canal. Adhérens ou non, ils dégénèrent de bonne heure dans toutes celles de leurs parties qui sont exposées au contact de l'air. Leur surface devient inégale et plus ou moins semblable à celle du chou-fleur; leur consistance diminue; ils s'amollissent, deviennent rouges, faciles à déchirer, saignent facilement et souvent, et quelquefois même passent à la dégénération carcinomateuse; mais leur pédicule reste pendant long-temps sain.

(1) Voyez *Journal général de médecine*, cahier d'octobre 1827.

Le volume des polypes fibreux devient quelquefois fort considérable; on en a vu qui pesaient jusqu'à douze livres.

Nous avons déjà dit que les polypes muqueux naissent ordinairement du museau de tanche; ils ne présentent rien de particulier.

Tels sont les caractères anatomiques les plus importans des polypes utérins et vaginaux; nous devons ajouter cependant qu'on trouve çà et là, dans les auteurs, quelques descriptions de tumeurs nées de la matrice, et qui présentaient une texture différente de celle que nous venons d'indiquer. Quelques unes étaient spongieuses; d'autres renfermaient des cavités vides ou contenant des liquides de diverses natures; mais ces cas sont fort rares.

*Traitement.* On ne peut détruire les polypes utérins que par des procédés chirurgicaux; ces procédés sont la cautérisation, la torsion, la ligature et l'excision, ou amputation.

La *cautérisation*, que l'on pratiquait soit à l'aide du cautère actuel, soit à l'aide des caustiques, est trop dangereuse pour pouvoir être employée comme méthode générale. Son emploi, en effet, peut être suivi de deux inconvéniens graves: l'extension de l'action des agens caustiques ou de l'inflammation qu'ils ont déterminée aux parties voisines, et la dégénération carcinomateuse de la tumeur; et ces inconvéniens offrent cela de particulier, que, si l'on évite l'un, on tombe presque nécessairement dans l'autre: si on ménage trop les cautérisations, il faut y revenir plus souvent, et la dégénération de la tumeur devient imminente, et si, pour éviter cette dégénération, on pratique des cautérisations profondes, l'action du caustique ou l'inflammation peuvent aussi s'étendre aux organes voisins, et notamment au péritoine. Aussi la cautérisation est-elle aujourd'hui généralement abandonnée. Cette méthode, d'ailleurs, n'était applicable qu'aux polypes sortis de la matrice.

La *rupture* du pédicule du polype par torsion a été préconisée par plusieurs chirurgiens; elle a réussi à Boudou, dans un cas où il n'avait pu appliquer une ligature. Cette torsion fut douce et ménagée; elle a suffi pour rompre le pédicule du polype, qui, à la vérité, avait peu d'épaisseur. Il est évident qu'un semblable procédé ne peut être applicable qu'aux cas où le toucher a fait reconnaître que le pédicule de la tumeur est fort mince; et encore la crainte de voir la torsion se propager à quelque partie du tissu même de la matrice, et déterminer une déchirure, l'a-t-elle fait généralement rejeter, malgré le conseil qu'on a donné, pour prévenir cet inconvénient, de ne tordre la tumeur qu'après avoir saisi son pédicule avec de fortes pinces. Cette méthode, comme la précédente, ne convenait qu'au traitement des polypes qui avaient franchi le col utérin.

La *ligature*, qui devait un jour remplacer avantageusement ces deux méthodes, n'a pendant long-temps été appliquée qu'au pédicule des polypes qui avaient franchi la vulve. On la pratiquait de plusieurs manières; tantôt lorsque le pédicule n'avait qu'une épaisseur médiocre, on l'embrassait tout entier avec un lien composé de plusieurs fils cirés, que l'on serrait aussi fort que possible; tan-

tôt lorsque le pédicule était fort épais, on le traversait de part en part avec une aiguille armée de deux liens composés comme il vient d'être dit, et que l'on nouait séparément chacun sur une moitié du pédicule. Dans les deux cas, ces ligatures étaient placées aussi haut qu'il était possible, sans qu'elles portassent sur le fond de la matrice ordinairement renversée et entraînée au-dehors avec la tumeur. Les différences de couleur et de structure des deux tissus, la sensibilité de celui de la matrice et l'insensibilité de celui du polype, servaient à les faire distinguer et à tracer la limite que ne devait pas dépasser le lien. Quelquefois on laissait le polype se mortifier et se détacher de lui-même; dans d'autres cas, on l'amputait sur-le-champ au-dessous de la ligature; d'autres fois, enfin, on n'opérait la section de son pédicule qu'après quelques jours, et lorsque l'abondance et la fétidité des écoulemens sanieux qu'il fournissait, devenaient incommodes ou dangereuses pour les malades. De quelque manière que la séparation en fût opérée, aussitôt que le polype était détaché, la matrice remontait au lieu qu'elle occupe ordinairement. Si c'était avec l'aide de l'instrument tranchant, le fil remontait avec l'utérus, et se détachait au bout d'un temps variable, dont la durée dépendait du degré de constriction qu'il exerçait, et du volume du polype.

C'est à Levret qu'on doit les premiers instrumens propres à porter les ligatures jusque sur le pédicule des polypes encore renfermés dans le vagin. Après plusieurs essais, les instrumens auxquels Levret s'est arrêté sont au nombre de deux. Le premier, dont nous avons déjà parlé à l'occasion des polypes nasaux, est composé de deux canules de dimension suffisante pour recevoir le fil, soudées l'une à l'autre parallèlement dans toute leur longueur, et formant par leur adossement un double cylindre long de huit pouces, ouvert à ses deux bouts, renflé légèrement à une de ses extrémités, et portant à l'autre, de chaque côté, un petit anneau correspondant à chacune des canules. Pour garnir cet instrument et le rendre prêt à être employé, on prend un fil d'argent de coupelle recuit, épais d'un quart de ligne au moins, et long de deux à trois pieds; on introduit un des bouts de ce fil dans une des canules, par celle de ses ouvertures qui correspond à l'extrémité renflée de l'instrument; on le fait sortir par l'extrémité opposée, et on le fixe à l'anneau correspondant en le tordant autour; on passe alors de la même manière le second chef du fil dans l'autre canule; et quand il en a parcouru toute la longueur, on l'attire de manière à ne plus laisser vers l'extrémité renflée du double cylindre, qu'une anse proportionnée aux dimensions du vagin, dans lequel elle doit pénétrer sans se transformer et on le laisse libre.

Pour appliquer la ligature ainsi préparée, on fait coucher la malade en travers sur le bord de son lit garni d'alèzes, les cuisses relevées et écartées l'une de l'autre, et les pieds appuyés sur des chaises ou soutenus par des aides; on commence, en suivant le procédé le plus généralement recommandé, par présenter l'anse dans le sens de la longueur de la vulve, et par la faire pénétrer dans le vagin le long d'une de ses parois latérales de manière à ce qu'elle glisse entre cette paroi et le polype. Lorsqu'elle est parvenue à une certaine hauteur, on repousse le chef libre du fil dans la canule qui le renferme, de manière à grandir l'anse; et quand on sent une résistance qui indique que celle-ci touche au fond du vagin, on introduit le doigt dans ce canal, en le dirigeant le long du fil, pour s'assurer que l'anse est convenablement ouverte: alors on porte le double cylindre et l'anse vers le côté opposé du vagin, de manière à faire passer le polype dans l'anneau formé par le fil, et enfin, quand le doigt introduit de nouveau reconnaît qu'on a réussi, on tire le fil en repoussant le double cylindre, et on rétrécit l'anse autant que possible pour étreindre le pédicule de la tumeur. On entortille alors le chef libre du fil autour de l'anneau correspondant, et on tourne le double cylindre sur lui-même pour augmenter la constriction. Il nous a toujours paru beaucoup plus simple de passer dans l'anse deux ou trois doigts qui viennent saisir les côtés du polype, et qui servent à conduire le fil, du corps de la tumeur sur son pédicule.

Levret ayant reconnu qu'avec cet instrument on ne peut pas embrasser de très-gros polypes, et que le fil d'argent se casse souvent quand on le tord sur lui-même pour augmenter la constriction, soit au moment de l'opération, soit les jours suivans, a imaginé un instrument qui lui a paru plus propre a embrassser des tumeurs volumineuses, et à l'aide duquel il entourait le pédicule avec une forte ficelle, sorte de lien beaucoup moins exposé à se casser qu'un fil métallique.

De même que le double cylindre, cet instrument est composé de deux canules; mais elles sont articulées comme les deux branches d'une pince, et présentent des anneaux analogues à ceux dont les instrumens de ce genre sont pourvus. La partie des deux canules comprise entre le point de jonction et les anneaux, est droite et longue de deux pouces et demi environ; depuis ce point jusqu'à l'autre extrémité, chaque branche est longue de trois à cinq pouces, afin de pouvoir s'accommoder aux différences que présente le volume de la tumeur, chez les différens individus; elle est courbée dans presque toute son étendue, de manière à regarder l'autre par sa concavité, et elle redevient droite ou même se courbe légèrement en sens inverse près de son extrémité libre. Pour se servir de cet instrument, on passe dans chacune des canules les deux chefs d'un fort cordonnet de soie ou d'une forte ficelle que l'on fait sortir par l'extrémité correspondant aux anneaux. Les deux chefs sont attirés jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'anse libre au bout de l'instrument, et ils restent tous deux pendans. Cette espèce de pince est introduite fermée, et conduite entre le vagin et le polype jusqu'au pédicule de la tumeur; on en écarte alors les branches, et, tandis qu'on porte l'instrument ainsi ouvert vers le côté du vagin opposé à celui par lequel il a été introduit, les doigts de l'autre main aident la tumeur à passer à travers l'écartement des branches. On referme alors les pinces, en même temps que l'on tire les deux chefs du fil, et que l'on pousse l'instrument de manière à être sûr que

le fil embrasse exactement le pédicule du polype et le serre convenablement. On noue alors ensemble les deux chefs de la ligature sur l'extrémité des deux canules, que l'on maintient ensuite rapprochées à l'aide d'une bandelette de linge ou d'un cordonnet qui passe dans les anneaux et que l'on noue autour de l'extrémité libre de l'instrument; après quoi celle-ci est ramenée vers une des cuisses et fixée contre elle par un lien qui, passant dans les anneaux, fait le tour du membre.

Malgré ce perfectionnement, les instrumens de Levret ne peuvent pas encore servir à lier des polypes d'un très-gros volume.

Herbiniaux et Desault ont comblé la lacune qui existait à cet égard. Les instrumens de ce dernier sont les seuls qui soient maintenant en usage ; ces instrumens sont deux porte-nœuds et un serre-nœud (1).

Les porte-nœuds n'ont pas tous les deux la même forme. L'un que M. Boyer appelle *canule porte-nœud*, est une canule d'argent longue de sept pouces, un peu courbée vers une de ses extrémités qui est terminée en lame, et portant à l'autre deux anneaux, un de chaque côté. L'autre est formé d'une canule d'argent, longue de cinq pouces, et droite, dans laquelle est renfermée une tige d'argent ou d'acier plus longue qu'elle d'environ deux pouces. Celle-ci est fendue à l'une de ses extrémités, suivant sa longueur, en deux parties qui chacune supportent un demi-anneau. Quand on fait glisser la canule vers l'extrémité opposée de la tige, ces deux parties s'écartent par l'effet de leur élasticité, et les deux demi-anneaux qu'elles supportent s'éloignent l'un de l'autre ; quand on fait glisser la canule en sens contraire, les deux demi-anneaux se rapprochent et se joignent de manière à former un anneau complet. L'autre extrémité de la tige présente une échancrure qui se termine par une fente étroite. M. Boyer appelle ce second instrument *pince porte-nœud*.

Le serre-nœud est une tige d'argent terminée à une de ses extrémités par un anneau qui en part à angle droit, et dont l'autre extrémité, aplatie, porte une échancrure qui dégénère en une fente étroite dirigée dans le sens de la longueur de l'instrument.

Pour préparer l'appareil, on retire la tige de la pince porte-nœud dans la canule qui la contient, jusqu'à ce que le rapprochement des demi-anneaux fasse un anneau complet, dans lequel on passe un des chefs d'une ligature de deux pieds de longueur, et l'on fixe ce chef en le renversant dans l'échancrure que présente à l'autre bout la tige de la pince. On passe ensuite le second chef du fil, qu'on laisse beaucoup plus long que le précédent, dans la canule porte-nœud, et on l'arrête autour d'un des anneaux que présente cette canule à celle de ses extrémités par où sort le fil. L'instrument ainsi préparé est prêt à servir. Lorsqu'on veut procéder à l'opération, la malade étant placée comme il a été dit plus haut, on introduit les deux porte-nœuds parallèlement l'un à l'autre à l'entrée du vagin, vers le point où le toucher a appris que l'on rencontrerait le moins de difficultés, et on les fait glisser entre ce canal et le polype, jusqu'à la partie la plus élevée du pédicule de celui-ci, quel que soit le lieu d'où il tire son origine. On tient immobile la pince porte-nœud; on détache le chef du fil fixé à l'un des anneaux de cette canule, et on fait décrire à celle-ci le tour du polype, de manière à jeter une anse de fil autour du pédicule de la tumeur. Quand elle a rejoint le porte-nœud qui est resté immobile, on les change de main et on les croise de manière que le chef de l'anse qui sort de la canule porte-nœud soit retenu par l'autre ; on retire alors cette canule sans crainte de déplacer le fil qu'elle a conduit autour du polype. On détache le chef du fil fixé dans la fente que présente l'extrémité libre de la tige de la pince porte-nœud; et les chefs de la ligature se trouvent libres, on les engage tous deux dans l'anneau du serre-nœud, que l'on pousse aussi haut que possible dans le vagin. Conduit par les deux chefs du fil, il arrive au point de leur entrecroisement sur le pédicule du polype ; on retire alors un peu à soi la canule de la pince porte-nœud en la faisant glisser sur la tige: l'anneau s'ouvre, laisse échapper le fil sans le déplacer, et l'on retire l'instrument. Le serre-nœud est alors de nouveau poussé contre le pédicule, en même temps que, par un mouvement contraire, on tire à soi les fils ; et lorsque l'on sent que l'on exerce une constriction suffisante, on renverse les deux chefs de la ligature dans l'échancrure du serre-nœud, que l'on abandonne dans le vagin.

De quelque manière que l'on ait procédé dans l'application de la ligature, il faut, autant que possible, serrer le fil assez pour interrompre complètement la circulation dans la tumeur ; on a alors beaucoup moins à craindre les accidens consécutifs, et la chute du polype est beaucoup plus prompte. Mais quelquefois le volume du pédicule est trop considérable pour que la circulation puisse être interrompue du premier coup ; et il faut recourir à une constriction graduelle que l'on augmente chaque jour davantage, jusqu'à la chute du polype; mais on ne peut que très-difficilement suspendre non-seulement du premier coup, mais encore graduellement la circulation dans une production polypeuse au moyen du serre-nœud de Desault. C'est pour suppléer à l'insuffisance bien reconnue de cet instrument que, dans ces derniers temps, on a imaginé plusieurs serre-nœuds, parmi lesquels celui de Graefe nous paraît mériter la préférence. D'une longueur variable, selon qu'il doit être appliqué à la ligature des polypes nasaux ou utérins, il présente à une des extrémités une ouverture pour recevoir les deux chefs de l'anse du fil ; l'autre offre un bouton dont les mouvemens font tourner une longue vis qui parcourt presque toute la longueur et qui traverse une sorte d'écrou mobile sur lequel on attache les fils ; les mouvemens de droite à gauche ou de gauche à droite du bouton et de la vis, en éloignant ou en approchant l'écrou de l'autre extrémité de l'instrument, relâchent ou tendent le fil.

Les soins consécutifs consistent à combattre par des injections faites avec quelque liquide antiseptique, la malpropreté et les dangers qui résultent des écoulemens fétides qui ne manquent pas de survenir par l'effet de la mortification de la tu-

(1) Voyez *Journal de Chirurgie*, tom. 4.

meur, et dont l'abondance, toujours assez considérable, est proportionnée à son volume. On sent, en effet, que la matière de ces écoulemens doit irriter les parties sur lesquelles elle séjourne, et que, décomposée par la chaleur du corps, elle peut être absorbée et donner lieu par suite à des graves accidens.

Toutefois ces dangers auxquels quelques personnes conseillent d'obvier en faisant immédiatement succéder la résection du polype à la ligature, ne sont pas les seuls attachés à la ligature des polypes utérins; assez souvent, en effet, il arrive qu'une inflammation vive se développe dans le lieu sur lequel est appliqué le fil, et s'étend de là aux organes voisins. La matrice, le péritoine et le tissu cellulaire du bassin peuvent être envahis par elle; une mort prompte est quelquefois la suite de cet accident redoutable. Il est toutefois assez facile à prévenir, lorsqu'on surveille attentivement l'état des malades; il suffit pour cela de relâcher la ligature, dès qu'il survient dans la partie une douleur vive qui se propage aux lombes, aux reins et aux cuisses, surtout si cette douleur est assez forte pour exciter sympathiquement le cœur, l'estomac et le cerveau. Cependant dans quelques cas ce moyen ne suffit pas, et il faut attaquer l'inflammation par les moyens appropriés. On doit alors attendre que les accidens soient complètement calmés pour réappliquer la ligature.

La *rescision* des polypes utérins, déjà indiquée par Aétius, était pratiquée par Fabrice d'Aquapendente, à l'aide de longues pinces terminées en bec de cuiller tranchante, qu'il portait jusque sur le pédicule de la tumeur. Sans doute que la difficulté de porter des instrumens tranchans dans le vagin, de manière à ce qu'ils n'agissent que sur le pédicule de la tumeur, et la crainte de voir naître des hémorrhagies dangereuses, qu'on évite sûrement par la ligature, sont les causes qui ont fait promptement préférer cette dernière méthode, dès que l'on a été pourvu d'instrumens propres à porter le fil à toutes les profondeurs. Cependant M. Dupuytren, fondé sur la nature fibreuse de ces tumeurs, et sur la facilité avec laquelle la matrice se laisse abaisser jusqu'au niveau de la vulve, a pensé que la crainte de l'hémorrhagie était chimérique dans la plupart des cas, et que les difficultés que la position profonde du pédicule de la tumeur opposé à l'application de l'instrument tranchant, pouvaient être facilement surmontées. Voici le procédé qu'il emploie.

La malade étant placée convenablement, il commence par s'assurer, au moyen du toucher, si le polype n'a pas contracté d'adhérences avec le vagin. S'il en rencontre, ce qui est fort rare, il les coupe avec de longs et forts ciseaux courbés sur leur plat, et dont les tranchans, un peu émoussés, divisent les tissus en les contondant légèrement et en froissant les petits vaisseaux qui pourraient fournir du sang.

Lorsque cette dissection difficile est terminée, ou lorsque le polype s'est trouvé libre de prime-abord, on le saisit avec une forte pince de Museux, et on l'attire au-dehors, en lui faisant franchir l'ouverture de la vulve, quel que soit son volume. Le pédicule apparaît alors entre les lèvres du museau de tanche, que l'on peut ordinairement voir en écartant les lèvres de la vulve, et il ne reste plus qu'à en opérer la section. M. Dupuytren se sert pour cela des ciseaux courbes à tranchans mousses. Si, avant de couper le pédicule du polype, on s'apercevait qu'il contînt quelques gros vaisseaux, dont les battemens se feraient sentir au toucher, il faudrait n'amputer la tumeur qu'après avoir serré convenablement une forte ligature sur son pédicule. Aussitôt que celui-ci est coupé, la matrice remonte brusquement à sa place, et le moignon du pédicule va se cacher dans sa cavité, au point que le toucher ne peut plus ordinairement le faire sentir. Les suites de cette opération sont extrêmement simples; ordinairement l'écoulement de sang est très-modéré, et s'arrête de lui-même au bout de quelques heures. M. Dupuytren n'a été qu'une fois obligé de recourir au tamponnement pour remédier à un suintement assez abondant qui donnait quelques inquiétudes, et les suites de son opération n'en ont pas été moins heureuses. La malade se trouva sur-le-champ débarrassée des écoulemens blancs et des pertes qui la fatiguaient; et, au bout de quelques jours, elle fut complètement rétablie. Cette méthode, lorsqu'on la pratique suivant le procédé de M. Dupuytren, a donc de grands avantages sur la ligature, la seule qu'on lui préfère encore assez généralement aujourd'hui; elle est beaucoup plus prompte, puisqu'elle débarrasse incontinent les malades, tandis qu'il faut toujours plusieurs jours pour qu'une ligature, quelque serrée qu'on la suppose, puisse couper le pédicule du polype; elle est plus facile, car on peut toujours amener un polype au-dehors de la vulve, et, une fois là, il est toujours aisé d'en pratiquer la résection; elle est applicable à un plus grand nombre de cas, puisqu'elle s'applique aussi bien aux polypes utérins volumineux et adhérens qu'aux autres, tandis que la ligature ne peut être appliquée qu'aux polypes libres et d'un médiocre volume; enfin, elle a des suites beaucoup plus favorables, puisque les malades sont préservées de l'inflammation locale, et surtout des affections graves que provoquent presque nécessairement l'action lente de la ligature et les écoulemens abondans et fétides que fournit la tumeur en putréfaction. Nous ajouterons qu'elle est applicable même aux polypes qui sont encore renfermés dans la matrice; car nous avons vu M. Dupuytren dans un cas de ce genre placer un *speculum uteri* dans le vagin, inciser en haut et en bas l'orifice du col de l'utérus, dont les lèvres effacées formaient une ouverture circulaire, à bords minces, de la grandeur d'une pièce d'un franc, à travers laquelle on distinguait le corps du polype; saisir la tumeur avec une pince de Museux, l'attirer au-dehors, et en couper le pédicule avec autant de facilité que si, depuis long-temps, elle eût été contenue dans le vagin.

Lorsque le polype a acquis avant de sortir de la matrice un volume tel qu'ensuite il ne peut plus descendre que difficilement le petit bassin, on a conseillé d'appliquer le forceps pour l'aider à franchir le détroit supérieur de cette cavité. Ce procédé, exécuté par Herbiniaux et plusieurs chirurgiens recommandables, a réussi et devrait être mis en usage dans les mêmes circonstances.

Les polypes qui naissent du vagin doivent aussi être retranchés quand ils sont assez peu volumineux pour permettre l'introduction d'un spéculum à l'aide duquel on puisse voir le pédicule et y appliquer l'instrument tranchant. Mais on sent que, dans les autres cas, il serait souvent impossible et même dangereux d'attirer au dehors la tumeur qui ne pourrait être abaissée qu'en entraînant avec elle le vagin ; ainsi la ligature est alors le seul moyen applicable.

# ORDRE QUATRIÈME.

## FONGUS.

### Des fongus en général.

On appelle ainsi des tumeurs ordinairement douloureuses, à surface inégale, charnues, spongieuses, rouges, d'une consistance variable, mais en général assez faible pour se laisser déchirer avec facilité, et dont les caractères les plus marqués sont de fournir quand on les divise, beaucoup de sang qui s'écoule en nappe de toute la surface de la solution de continuité, et de repulluler avec une grande activité quand on ne les a détruites qu'en partie.

Le tissu fongueux succède souvent à d'autres tissus également morbides. C'est ainsi qu'on le voit se développer à la surface des plaies, à l'orifice des conduits accidentels, dans l'intérieur d'un os carié ; c'est encore ainsi que la texture des productions fibreuses (voyez *Polypes*) passe à l'état fongueux dans toutes les parties de ces tumeurs qui sont exposées au contact de l'air, etc.

D'autres fois les fongus sont primitifs, c'est-à-dire qu'ils se développent aux dépens des tissus sains ; ils peuvent alors naître dans toutes les parties du corps ; mais on les observe plus souvent à la surface des membranes muqueuses et à celles des membranes fibreuses, que partout ailleurs : ils sont alors souvent pédiculés comme les polypes.

Les causes des fongus sont inconnues ; tout ce que l'on peut avancer, c'est qu'elles sont, en général, irritantes ; car c'est, en général, sous l'influence d'agens irritans, que les plaies, les polypes, les cancers ulcérés passent à l'état fongueux. Cependant cette règle n'est pas sans exception.

La dégénération fongueuse a plusieurs degrés.

Le plus simple, c'est-à-dire le moins avancé, est celui qui se fait remarquer sur les plaies en suppuration, et qui constitue ce que l'on a appelé les fongosités des plaies. Celles-ci se présentent sous forme d'excroissances charnues, qui ne paraissent être qu'un développement extraordinaire et déréglé des bourgeons celluleux et vasculaires qui constituent la surface suppurante (*caro luxurians*). Si elles dépendent de l'abus des applications excitantes, elles sont rouges et douloureuses ; si au contraire elles sont dues à l'usage trop prolongé des topiques émolliens, ce qui arrive quelquefois, elles sont pâles, mollasses et blafardes. Quand la cause qui les entretient agit pendant fort long-temps, elles peuvent acquérir un volume assez considérable ; et tandis que leur base s'allonge sans prendre de largeur, leur sommet s'épanouit en forme de champignon : c'est ce qu'on voit, par exemple, à la surface des certains vésicatoires anciens. Dans tous ces cas, le produit de la suppuration est abondant, ténu, et quelquefois sanieux et fétide.

Lorsque les fongosités se développent sur certains autres tissus morbides, ils reçoivent de cette alliance des caractères mixtes et quelquefois un surcroît d'activité. C'est ainsi que l'on voit la surface de certains cancers ulcérés se couvrir de végétations mollasses, grisâtres, ou d'un rouge brun, répandant spontanément, ou à l'occasion du moindre contact, une quantité considérable de sang, exhalant une suppuration ichoreuse et fétide, si friables, qu'elles se détachent souvent en partie d'elles-mêmes ; mais qui, soit qu'on les détruise, soit qu'elles se soient séparées spontanément, repullulent avec une activité extraordinaire, au point que quelques heures suffisent, dans certains cas, pour reproduire ce qui a été détruit (*cancer mou*, ou *fongus hématodes* des Anglais). D'autres fois cependant ces végétations cancéreuses présentent un aspect qui les rapproche davantage des bourgeons charnus ordinaires. C'est ainsi, par exemple, qu'après l'ablation d'une tumeur cancéreuse quelconque, la récidive du mal est ordinairement annoncée par des fongosités rouges, quelquefois légèrement violacées, qui s'élèvent du fond de la plaie et s'opposent à sa cicatrisation. L'aspect de ces végétations naissantes est quelquefois si semblable à celui des bourgeons charnus qui recouvrent le reste de la plaie, qu'on ne les remarque pas d'abord ; cependant, si on les touche, on les sent déjà dures et résistantes : mais bientôt tous les doutes sont levés ; car elles deviennent douloureuses, font des progrès rapides, et revêtent les caractères que nous avons indiqués, et auxquels il est impossible de les méconnaître.

Dans tous ces cas, le développement du tissu fongueux est influencé par celui des tissus morbides sur lesquels il se trouve en quelque sorte enté. Ce n'est donc que quand il se développe tout-à-fait spontanément, qu'il revêt les caractères qui lui sont propres.

Les fongus spontanés se présentent sous forme de tumeurs plus ou moins dures, ordinairement mollasses, présentant même une apparence trompeuse de fluctuation, tumeurs dont les progrès sont lents, et qui, lorsqu'elles sont sous-cutanées, n'altèrent que très-tard la couleur de la peau. Quand elles siégent dans le tissu cellulaire, elles sont aussi pendant long-temps mobiles et isolées de toutes parts ; ce n'est que quand elles se développent aux dépens du derme ou

de quelque organe immobile, comme le périoste ou les ligamens articulaires, qu'elles sont fixes dès leur début. Par la suite, ces tumeurs s'amollissent davantage; elles finissent par adhérer à la peau, qui rougit, s'enflamme et se détruit, et à travers l'ouverture de laquelle on aperçoit le tissu du fongus, reconnaissable aux caractères que nous avons indiqués. Dès lors, la maladie fait des progrès plus rapides; ordinairement elle devient douloureuse, et chaque fois qu'on la détruit, elle se reproduit avec promptitude, et tend incessamment à s'accroître. Les tumeurs fongueuses qui font saillie à la surface des membranes muqueuses font de meilleure heure reconnaître leur couleur rouge et leur nature vasculaire; quelquefois elles sont pédiculées comme les polypes.

De même que ceux-ci, les fongus se présentent avec des degrés variables de consistance; quelques uns ont un tissu rare; le tissu des autres est au contraire dense et serré: ils ont alors une force d'expansion analogue à celle des polypes fibreux, et qui est telle, qu'ils écartent et disjoignent de force les tissus au milieu desquels ils se développent.

Les dissections des fongus y font reconnaître une trame celluleuse ou fibro-celluleuse plus ou moins condensée ou raréfiée, et abondamment pourvue de vaisseaux capillaires sanguins très-ténus. Dans certains fongus, cette trame est si légère et si gorgée de sang, que la substance de la production morbide se laisse écraser entre les doigts sans laisser de résidu, comme le parenchyme de la framboise. La vive sensibilité dont elles sont souvent pourvues ne permet pas de douter qu'elles ne reçoivent aussi des nerfs. Ces caractères anatomiques sont les mêmes; que l'on examine un simple bourgeon celluleux et vasculaire exubérant, ou un fongus des plus avancés, la densité et l'aspect de la surface de la tumeur, qui, dans le dernier, est inégale comme celle du chou-fleur, sont les seuls caractères qui offrent quelque différence dans les deux cas. Mais, de même que le tissu fongueux peut se développer sur un autre tissu morbide, de même aussi il peut se convertir en un autre tissu. Quelquefois on trouve le centre du fongus passé à l'état fibreux, à l'état cartilagineux, ou même parsemé d'aiguilles osseuses; d'autres fois et plus souvent, le fongus passe à l'état de cancer mou, et il offre alors un mélange des caractères anatomiques du fongus et de ceux du cancer.

Le pronostic des différentes variétés de tissus fongueux varie. Les fongosités des plaies en suppuration s'opposent à la cicatrisation de ces plaies, mais on peut facilement les ramener à l'état de bourgeons celluleux et vasculaires simples; elles n'ont par conséquent aucune gravité, et marquent plutôt la transition de l'état de bourgeon charnu à l'état fongueux, qu'elles ne sont de véritables fongus. Les fongus proprement dits constituent au contraire des affections fort graves, car ils tendent toujours à s'accroître. Ils épuisent les malades par les abondantes pertes de sang qu'ils fournissent; ou ils passent à l'état cancéreux, et ils ont alors tous les dangers du fongus et du cancer réunis.

Le diagnostic des fongus, en général facile, lorsqu'on peut les apercevoir, est au contraire fort difficile et très-incertain lorsqu'ils sont soustraits à la vue. Ainsi, on peut confondre les fongus sous-cutanés avec des loupes, avec des dégénérations diverses des tissus dans lesquels ils se développent; la dégénération fongueuse des ligamens articulaires, par exemple, est une des variétés de la maladie que les auteurs ont désignée sous le nom générique de tumeur blanche; quelquefois on peut les confondre avec des abcès chroniques; quelquefois même avec des anévrysmes anciens, quand leur réseau vasculaire est très-développé. Il faut donc apporter la plus grande attention aux signes commémoratifs, afin de s'aider dans un diagnostic aussi difficile. Les fongus qui naissent des membranes muqueuses sont fort difficiles à distinguer d'avec les polypes. Cette difficulté existe lors même que l'œil peut apercevoir la production morbide; car nous avons vu que les polypes fibreux passent à l'état fongueux dans toutes celles de leurs parties qui sont exposées au contact de l'air, d'où il résulte que ce n'est qu'au moment où on les attaque, que l'on sait précisément à quoi s'en tenir sur leur nature. Nous ajouterons ici que quand on a affaire à un polype tellement ancien qu'il est devenu fongueux dans toute son étendue, il n'y a plus alors aucun caractère qui puisse faire distinguer l'une de l'autre ces deux maladies; car on a sous les yeux non plus un polype, mais un fongus véritable et qui doit être traité comme tel; seulement, il n'a pas été primitif.

L'impossibilité d'établir *à priori* un diagnostic exact dans tous les cas, est une des causes qui ont sans doute le plus contribué à jeter du vague sur ce que les auteurs ont désigné par le nom générique de fongus; et si on les lit avec attention, on voit que pour se tirer d'embarras, ils ont plutôt considéré le siége de la maladie que la maladie elle-même, pour lui imposer un nom. C'est ainsi que pour la plupart, toutes les tumeurs qui naissent dans les fosses nasales, ou qui végètent aux dépens de la substance de l'utérus, sont des polypes, tandis que toutes celles du sinus maxillaire ou de la vessie sont des fongus; or, nous avons déjà vu, en faisant l'histoire des polypes, que ces deux cavités sont plus souvent affectées de végétations polypeuses que de fongus proprement dits. D'un autre côté, l'idée que les membranes muqueuses peuvent seules donner naissance à des polypes, a fait regarder comme d'une autre nature, par cela seul qu'elles ne naissent pas d'une membrane muqueuse, des tumeurs qui paraissent avoir la plus grande analogie avec ceux-ci. C'est ainsi que les maladies que l'on désigne sous le nom de fongus de la dure-mère sont souvent fibreuses dans leur origine, et présentent par conséquent dans ces cas, plutôt les caractères des polypes fibreux que ceux des fongus proprement dits. Toutefois, ces tumeurs diffèrent des polypes, en ce que ceux-ci ne revêtent que fortuitement et par accident le caractère fongueux lorsqu'ils sont exposés au contact de l'air; tandis que dans les tumeurs qui naissent de la dure-mère et des autres membranes fibreuses, la dégénération fongueuse est nécessaire, et se fait remarquer avant que la tumeur soit exposée au contact de l'air. Un autre caractère précieux, est la sensibilité des tumeurs fongueuses opposée à l'insensibilité des polypes. Les premières en effet constituent des ma-

ladies, en général, douloureuses; tandis que les douleurs que causent les polypes sont plutôt ressenties par les parties voisines qu'ils distendent ou qu'ils compriment, que par leur propre tissu.

Le traitement des fongus varie. Les chairs exubérantes qui recouvrent la surface des plaies en suppuration sont facilement réprimées à l'aide de quelques applications cathérétiques. Le nitrate d'argent fondu est le moyen que l'on emploie le plus communément. Nous verrons de quelle manière ce caustique doit être appliqué. Les fongosités pédiculées qui végètent à la surface des plaies dont on a excité la suppuration pendant long-temps, doivent être retranchées avec des ciseaux courbés sur leur plat.

Les fongus proprement dits ne peuvent être détruits que par les procédés chirurgicaux les plus énergiques.

Ceux qui sont pédiculés doivent être entourés à leur base d'une ligature assez serrée pour y intercepter la circulation et pour les faire périr; si cependant ce pédicule est fort étroit, on peut en opérer la section avec des ciseaux. Lorsque ces fongus naissent d'une membrane muqueuse, il faut les lier, en suivant les procédés qui ont été indiqués en parlant des polypes. Ici la ligature l'emporte sur l'arrachement, qui est rendu presque impossible par la friabilité de la tumeur. Ceux qui sont mobiles dans le tissu cellulaire doivent être découverts par une incision, saisis et extirpés en totalité; enfin ceux qui ont une large base adhérente soit à un os, soit à une membrane muqueuse, soit au fond d'une cavité osseuse, doivent également être mis à découvert et détruits par le fer et par le feu. Mais pour que l'opération réussisse, il faut détruire jusqu'aux dernières racines du mal; la plus petite partie qu'on en laisse subsister suffit pour le reproduire en peu de temps. Il faut donc ne pas balancer à retrancher avec des ciseaux courbés sur leur plat, un bistouri, ou des cuillers tranchantes, etc., tout ce que l'on en peut atteindre; il faut même exciser, si cela est possible, les parties ligamenteuses, tendineuses, aponévrotiques, qui lui donnent naissance, ruginer les os d'où il tire son origine, et lorsqu'il reste quelque point suspect, le désorganiser à l'aide du feu, en éteignant sur la partie autant de cautères actuels que l'étendue du mal le comporte.

Quelquefois encore, malgré l'opération la mieux faite, la maladie repullule; des fongosités s'élèvent du fond de la plaie, et remplacent ou menacent de remplacer en peu de temps les fongosités détruites. Il faut alors les attaquer de nouveau, soit en faisant une nouvelle opération, soit en appliquant seulement le feu ou des escharrotiques puissans; mais il faut, plus encore que la première fois, agir avec vigueur, parce que chaque tentative inutile donne au mal une nouvelle activité, et que l'on voit bientôt, lors même qu'on renouvelle tous les jours ces cautérisations faites avec trop de timidité, les végétations repousser dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, les hémorrhagies, ainsi que les écoulemens sanieux qu'elles fournissent, épuiser rapidement les malades, et ne laisser enfin d'autre ressource que dans l'amputation de la partie, lorsqu'elle est possible. D'autres fois aussi les applications caustiques, lorsqu'elles sont mal faites, ont l'inconvénient de faire passer la maladie à la dégénération cancéreuse, et presque toujours alors c'est un cancer mou qui se développe. Ce qui vient d'être dit suffit pour faire juger la pratique conseillée par quelques chirurgiens, qui pensaient qu'une incision faite dans le tissu même des fongus, et quelques applications de caustiques plus actifs, suffiraient pour les faire disparaître complètement, sans qu'il fût besoin d'employer des procédés aussi douloureux que l'extirpation ou la cautérisation par le feu.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur les fongus suffisent pour ceux qui se développent dans le tissu cellulaire. L'histoire de ceux qui naissent des ligamens articulaires rentre tout-à-fait dans ce que nous avons dit à l'occasion de l'arthrite chronique, qui commence par les parties fibreuses des articulations. Enfin, ce que nous avons dit des polypes qui naissent des membranes muqueuses s'applique si complètement aux fongus qui naissent de ces membranes, surtout quand ils sont inaccessibles aux instrumens, que nous nous exposerions à des répétitions inutiles, si nous voulions décrire en particulier la plupart de ces maladies. Nous nous bornerons en conséquence à écrire l'histoire de ceux qui présentent quelques particularités, soit dans leur symptômes, soit dans leur traitement.

### Des tumeurs fongueuses de la conjonctive palpébrale.

Des petites tumeurs fongueuses, reconnaissables aux caractères ordinaires, se développent quelquefois sur la conjonctive, et le plus ordinairement sur la conjonctive palpébrale. La cause qui les produit reste inconnue. C'est plus souvent à la face interne de la paupière inférieure qu'à celle de la supérieure qu'on les remarque. Leur volume dépasse rarement celui d'une petite noisette.

Outre les incommodités propres à ce genre de maladie, les tumeurs fongueuses qui se développent à la face interne des paupières ont pour effet le renversement en dehors de ces voiles membraneux, d'où la difformité décrite sous le nom d'*ectropion*, la rougeur habituelle du globe oculaire, le larmoiement, etc.

On peut traiter ces tumeurs par la cautérisation ou par l'excision. Le dernier de ces procédés est le meilleur. Pour le pratiquer, le malade étant assis sur une chaise solide, la face exposée au jour, la tête appuyée, le corps garni d'une alèse, un aide engage l'extrémité du doigt indicateur sous le bord libre de la paupière affectée, qu'il applique contre la base de l'orbite, en renversant complètement ce voile membraneux, et en mettant ainsi, autant que possible, la tumeur en évidence. Alors le chirurgien saisit le fongus avec une pince, le soulève, et retranche d'un coup de ciseaux de petite dimension et courbés sur leur plat, la tumeur et la portion de conjonctive qui lui donne naissance. Cette opération est facile lorsque l'excroissance s'insère sur la portion de la conjonctive qui de la base de la paupière se jette sur le globe oculaire, parce que, dans ce point, cette membrane

se laisse facilement soulever ; il devient au contraire assez difficile d'enlever complètement la tumeur quand elle s'insère sur la face postérieure de la paupière en se rapprochant de son bord libre, parce que les adhérences de la conjonctive à cette partie sont plus intimes, et que la tumeur a une base plus large et plus fixe. Quelquefois même on ne peut amputer que les parties les plus saillantes, et il reste sur la paupière une plaie dont la surface menace de reproduire le mal. Il faut alors, après avoir pratiqué l'excision, cautériser avec le nitrate d'argent fondu, et revenir à l'emploi de ce moyen chaque fois que la plaie présente un aspect douteux.

Du fongus de la caroncule lacrymale, ou *encanthis*.

On nomme *encanthis*, une maladie qui consiste en une tumeur fongueuse née du tissu de la caroncule lacrymale, ou formée par ce tissu lui-même passé à l'état fongueux. Le volume qu'acquiert cette tumeur varie depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui du poing. Le plus souvent elle fait tout entière saillie au-dehors ; dans d'autres cas, elle se prolonge plus ou moins loin sur la surface interne des deux paupières. Placée au grand angle de l'œil, elle empêche le rapprochement des paupières, elle excite le larmoiement, provoque la rougeur de la conjonctive, et gêne plus ou moins complètement la vision. Cette tumeur, ordinairement peu douloureuse, est dans certains cas le siége de douleurs lancinantes aiguës. Souvent alors elle cesse d'être rouge et grenue pour prendre une couleur brune, une consistance lardacée, et pour passer à l'état cancéreux.

On ne peut guérir cette maladie que par le moyen de l'extirpation. Pour exécuter cette petite opération, on saisit la tumeur avec une érigne ou une pince, on la soulève, et on la sépare des parties sous-jacentes, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux courbés sur leur plat. Il faut avoir soin de ne pas entamer le sac lacrymal sur lequel la tumeur repose immédiatement. Après l'opération, le sang s'écoule en nappe par toute la surface de la plaie; des lotions froides suffisent ordinairement pour en arrêter l'écoulement. S'il arrivait, ainsi que Pellier en a vu un exemple, qu'il survînt une hémorrhagie grave, on pourrait facilement l'arrêter en appliquant une compression méthodique sur le grand angle de l'œil. Lorsque la maladie a passé à la dégénération cancéreuse, il faut, sans hésiter, extirper non seulement la tumeur, mais encore les tissus qui lui donnent naissance, dût-on ouvrir le sac lacrymal, et enlever les paupières et le globe oculaire lui-même (Sabatier).

Du fongus des gencives.

Le fongus des gencives, ou *épulis*, *époulie*, *épulie*, *époulée*, est une maladie qui, sans être rare, n'est cependant pas très-commune. Les causes qui la produisent sont obscures comme celle de tous les fongus; cependant il est digne de remarque qu'elle se développe assez souvent à l'occasion de la carie d'une dent ou de celle du bord alvéolaire. L'épulis est plus commune à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure; elle naît le plus ordinairement dans l'intervalle de deux dents, mais quelquefois aussi elle tire son origine du fond d'une alvéole ; elle fait plus souvent saillie vers la face convexe que vers la face concave de la gencive.

L'épulis se manifeste d'abord sous la forme d'un tubercule à base plus ou moins large, souvent pédiculé, d'un rouge pâle, et peu sensible au toucher; mais ensuite, irrité par les mouvemens de la mastication, par le choc des dents, par l'action des substances alimentaires, et aussi par les effets de la succion que sa présence sollicite, ce tubercule ne tarde pas à grossir, à rougir et à devenir douloureux; assez fréquemment même, il détermine de temps à autre la formation d'abcès dans l'épaisseur de la gencive (*parulis*). Dans ses progrès, la tumeur ébranle et renverse les dents voisines, et gêne par conséquent la mastication pendant laquelle son tissu déchiré laisse écouler du sang en quantité variable. Elle ne tarde pas à s'ulcérer. Dans quelques cas cependant elle conserve un petit volume ; son tissu se condense, pâlit, devient insensible et consistant, il peut même passer à l'état cartilagineux. Mais cette terminaison est rare, et le plus souvent l'épulis continue de grossir, elle devient très-incommode par son volume et par les écoulemens sanguins et sanieux qu'elle fournit, et elle compromet la vie du sujet, soit par l'abondance de ces écoulemens, soit parce qu'elle passe à l'état cancéreux.

La tendance de l'épulis à dégénérer, et la facilité avec laquelle elle repullule pour peu qu'on laisse subsister quelques unes de ses parties, défendent de l'attaquer par la ligature lorsqu'elle est pédiculée, puisque ce qui resterait de son pédicule reproduirait incontestablement le mal, et de chercher à le détruire par le moyen des caustiques qui en hâteraient la désorganisation. Le meilleur moyen, le seul qui soit rationnel, consiste à retrancher ces tumeurs avec le bistouri, en totalité et, pour plus de sûreté, à ruginer l'os d'où elles naissent, soit avec l'instrument qui a servi à les retrancher, soit avec une rugine ou tout autre instrument approprié, ou bien même à porter sur ce point le cautère actuel, pour peu qu'il reste quelque chose de suspect. Si une ou plusieurs dents étaient cariées ou ébranlées, il faudrait commencer par les arracher, afin de se donner plus de facilité pour découvrir le point d'origine de la tumeur, et pour le détruire par les moyens que nous venons d'indiquer, fût-il au fond d'une alvéole. Quant aux cas où l'épulis paraît dépendre d'un point de carie ou de nécrose de l'os maxillaire, il faut ne se décider à l'attaquer qu'autant qu'elle fait des progrès, ou qu'elle menace de dégénérer. La plaie qui résulte de l'opération devient fistuleuse, et ne se cicatrise complétement que quand la maladie de l'os est elle-même guérie.

Des fongus de la dure-mère.

Les fongus de la dure-mère, dont l'existence avait été soupçonnée par les anciens, mais qui ne sont bien connus que depuis les travaux de Louis, sont des maladies assez rares. Les causes qui paraissent les produire le plus ordinairement sont

les coups reçus sur le crâne, des commotions du erveau dans les chutes sur les pieds, sur les geioux, ou sur les fesses. Dans quelques cas aussi lles naissent sans causes connues.

Le plus souvent il n'existe qu'une de ces tuneurs, mais il n'est pas très-rare d'en rencontrer :n même temps plusieurs, et même, dans quelques cas, un très-grand nombre. Leur siége le plus ordinaire est la région pariétale ; mais on peut aussi es rencontrer sous le coronal, sous l'occipital, et ous les temporaux.

*Symptômes, marche.* On rencontre quelquefois, n ouvrant le crâne des vieillards, des tumeurs de a dure-mère assez développées, et dont l'existence ne s'était manifestée pendant la vie par aucun ymptôme. Mais le plus souvent elles produisent es accidens dont les plus communs sont : une louleur fixe, ordinairement pulsative, dans le lieu occupé par la tumeur, douleur qui s'exaspère facilement à l'occasion de l'action de la moindre cause rritante externe ; l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; la perte de la mémoire ; des mouvemens convulsifs généraux, et la paralysie des sens ou des membres, etc. A ces symptômes s'en ajoutent quelquefois d'autres ; et eux-mêmes offrent quelques variétés qui dépendent du volume de la umeur et du lieu qu'elle occupe, c'est-à-dire de a partie du cerveau qu'elle comprime et qu'elle rrite. Ainsi, dans quelques cas, il y a exophthalmie, strabisme ou amaurose, affectant un seul œil ou les deux yeux, et les autres organes conservent l'intégrité de leurs fonctions ; d'autres fois il y a urdité d'un seul ou des deux côtés ; dans d'autres cas, il y a hémiplégie ; chez quelques sujets, paraplégie ; chez d'autres, paralysie d'un seul des membres supérieurs ou inférieurs ; chez ceux-ci il y a en même temps cécité et surdité d'un seul ou les deux côtés, ou bien en même temps cécité, urdité, paraplégie ou hémiplégie ; chez ceux-là, il n'y a que convulsions, chez quelques uns enfin, on n'observe que la douleur, ou la douleur et les convulsions.

Ces différens symptômes, qui tous dépendent de l'irritation ou de la compression du cerveau, suffisent quelquefois pour faire périr le malade. Mais, dans la plupart des cas, la tumeur, à laquelle le cerveau communique ses divers mouvemens, use es os du crâne, comme une tumeur anévrysmale use les os sur lesquels elle est appuyée, et après es avoir amincis au point que, lorsqu'on appuie ur la surface extérieure du crâne dans le lieu où existe la douleur, on produit une crépitation analogue à celle que l'on obtient en froissant du parchemin très-sec, elle les perfore et vient apparaître ous le cuir chevelu.

Lorsque le fongus est d'un fort volume, et que a perforation qui se fait aux os du crâne est néanmoins assez large pour lui livrer passage, il apparaît brusquement à l'extérieur, et semble faire en peu de temps des progrès considérables. Mais le cerveau, débarrassé tout à coup de la gêne qu'il éprouvait, tombe dans une sorte de collapsus qui le rend incapable d'exécuter ses fonctions ; le pouls est faible et concentré ; les extrémités deviennent froides ; il survient des hoquets, des vomissemens, des mouvemens convulsifs ; et quelque fois le pouls se ralentit de plus en plus, et le malade périt, soit dans une syncope, soit dans une convulsion. Cependant on voit quelquefois ces accidens cesser, et le cerveau reprendre peu à peu ses fonctions. Lorsque la perforation du crâne ne permet à la tumeur de sortir que graduellement, le malade se trouve communément soulagé des accidens qui dépendent de l'irritation et de la compression du cerveau. Mais ce soulagement est, dans la plupart des cas, de peu de durée, parce que la circonférence de l'ouverture osseuse présente des pointes acérées qui s'engagent dans la substance de la tumeur, l'irritent, l'enflamment et y déterminent les douleurs les plus aiguës.

Une fois qu'il a franchi l'enceinte du crâne pour soulever le derme chevelu, le fongus de la duremère se présente sous l'apparence d'une tumeur circonscrite, sans changement de chaleur à la peau, agitée de mouvemens isochrones à ceux du cerveau, immobile quand on veut la déplacer latéralement, susceptible au contraire, de disparaître en totalité ou en partie quand on la comprime perpendiculairement à la surface du crâne. La réduction de cette tumeur est ordinairement suivie de la cessation des douleurs vives dépendantes de l'action des pointes aiguës de la circonférence de l'ouverture osseuse sur son tissu ; mais elle occasione souvent, pour peu que le fongus ait quelque volume, des vertiges, des éblouissemens, et même la cessation brusque de toutes les fonctions cérébrales, de telle sorte que l'on arrête à volonté le malade au milieu d'une phrase, qu'il reprend, dans quelques cas, aussitôt qu'on lève la compression sans même s'apercevoir qu'elle a été pendant quelques instans suspendue. Chez quelques sujets, cette compression détermine des mouvemens convulsifs, de la syncope. A mesure qu'elles vieillissent, ces tumeurs font des progrès plus ou moins rapides ; elles finissent ainsi par acquérir un volume considérable. On en a vu qui avaient jusqu'à treize pouces de circonférence à leur base. Elles sont toujours alors étroites et comme pédiculées à l'endroit par lequel elles correspondent au crâne.

Ces tumeurs anciennes offrent presque constamment une apparence plus ou moins marquée de fluctuation, soit dans toute leur masse, soit dans quelques parties qui sont séparées par des points plus consistans. Quelques-unes n'altèrent jamais le derme chevelu ; d'autres irritent sourdement les tissus avec lesquels elles se trouvent en contact, et y déterminent de l'épaississement ; d'autres en plus grand nombre, irritent plus fortement le derme chevelu, l'amincissent, l'ulcèrent, apparaissent à nu à l'extérieur.

Tant que la tumeur est encore renfermée dans la capacité du crâne, on peut soupçonner qu'elle existe, mais il est impossible d'en acquérir la certitude, tant les accidens qu'elle détermine sont peu distincts de ceux que produisent la plupart des affections chroniques des organes encéphaliques. Lorsque, après avoir perforé les os, elles est devenue sous-cutanée, le diagnostic en est beaucoup plus facile ; cependant on peut encore la confondre avec la tumeur formée par la hernie du cerveau, avec des abcès, des loupes, des anévrysmes développés à l'extérieur du crâne.

L'encéphalocèle est de toutes les maladies celle qui ressemble le plus au fongus de la dure-mère ; mais elle ne se développe guère que chez les enfans, tandis que les fongus n'attaquent en général que les adultes. Chez ces derniers, la hernie du cerveau présente une consistance moins ferme et plus uniforme que les fongus ; d'ailleurs les précédens de la maladie ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Cependant il faut convenir que chez les sujets avancés en âge la distinction est quelquefois difficile.

Les abcès présentent partout une fluctuation uniforme ; ils ne naissent pas de la même manière que les fongus, s'accroissent différemment, ne sont pas réductibles, ne présentent aucun battement analogue à ceux du cerveau. Les loupes sont mobiles, indolores, incompressibles, irréductibles, et ne présentent également aucun battement. Les anévrysmes présentent des battemens et sont compressibles ; mais, outre qu'ils se développent très-rarement à l'extérieur du crâne, les battemens dont ils sont agités sont accompagnés de dilatations et de resserremens alternatifs, tandis que les battemens des fongus sont des mouvemens communiqués qui soulèvent toute leur masse, et dans lesquels on ne remarque ni diastole ni systole.

Les fongus de la dure-mère constituent des maladies graves qui entraînent presque toujours la perte des malades. La mort survient ordinairement brusquement et d'une manière inopinée ; le malade expire dans les convulsions ou dans le coma. Cependant on a vu quelques individus supporter leur mal pendant plus de vingt ans.

*Caractères anatomiques.* Les caractères anatomiques des fongus de la dure-mère diffèrent suivant les époques où on les examine. Lorsque la tumeur peu développée n'a pas encore perforé les os du crâne, elle est inégale à la surface et fibreuse à son intérieur. Nous en avons vu dernièrement une dont l'existence n'avait point été soupçonnée pendant la vie, et qui présentait par sa forme, sa couleur, son aspect et son volume, une analogie frappante avec une fleur de scabieuse non épanouie ou en bouton : elle était de nature fibreuse. A cet état, les fongus de la dure-mère, qui sont quelquefois très-nombreux, dépriment en dedans la surface du cerveau, refoulent en dehors, amincissent, usent la table interne des os du crâne, et se forment une cavité proportionnée à leur volume, et dans laquelle ils se logent. La dure-mère est épaissie dans le point correspondant à leur origine. Plus tard on trouve les os percés d'une ouverture à bords minces, taillés en biseau aux dépens de la table interne, et dont la circonférence présente des dentelures nombreuses, et pointues ; à travers cette ouverture, passe une partie de la tumeur, qui, rétrécie à son niveau, est épanouie au-delà sous le derme chevelu. Toute la partie de cette tumeur qui dépasse le niveau du crâne présente les caractères du tissu fongueux ; au niveau de l'ouverture osseuse, les pointes dont est hérissée la circonférence de celle-ci sont implantées dans sa substance. Le plus souvent les organes voisins sont sains ; cependant on trouve quelquefois le cerveau enflammé, ramolli, ou même en suppuration ; le derme chevelu et le tissu cellulaire épicrâniens condensés et épaissis ; on a même vu le muscl crotaphite ossifié. D'autres fois l'enveloppe tégumenteuse du crâne est amincie ou perforée ; à l surface de la tumeur existe une suppuration sa nieuse et fétide. Dans quelques cas enfin, la tu meur elle-même est altérée, ou son intérieur e suppuration ; chez quelques sujets où l'on a fai usage d'applications irritantes, on l'a vue passe à la dégénération cancéreuse.

*Traitement.* Jusqu'à présent l'art a été impuis sant contre les fongus de la dure-mère. On a cr que l'on pourrait s'opposer aux progrès du mal e faisant porter aux malades une calotte résistante mais on a bientôt reconnu que ce moyen, s'oppo sant au développement de la tumeur en dehors la refoulait en dedans, du côte du cerveau, qu en souffrait une compression proportionnée. L'ex cision de la tumeur au niveau du crâne, la cau térisation, la ligature, n'ont pas prévenu la récidive et elles ont eu souvent pour effet, l'excision et le caustiques surtout, un développement plus rapid de la végétation morbide, ou même son passage à l'état cancéreux. Plusieurs auteurs ont cependan conseillé un moyen plus rationnel, qui consiste rait à découvrir la tumeur jusqu'à sa base par un incision cruciale aux tégumens, dont on renverse rait les lambeaux ; à agrandir avec le couteau len ticulaire, ou la gouge, ou même avec le trépan l'ouverture faite aux os, et après avoir mis à n le point d'origine du fongus, à l'enlever, en déta chant circulairement la portion de dure-mère q lui donne naissance. Les lambeaux de peau seraien ensuite réappliqués et soutenus par un pansemen simple, et l'on s'efforcerait de préserver, par u traitement antiphlogistique bien dirigé, le cervea et l'arachnoïde de l'inflammation à laquelle il seraient nécessairement exposés. Cette opératio serait dangereuse sans doute ; mais si l'on fait at tention qu'il s'agit d'une maladie nécessairemen mortelle, tandis que l'observation clinique prouv que le cerveau a pu être dénudé sans inconvénient on ne pourra plus la regarder comme téméraire Cependant, elle n'a jamais, que nous sachions été tentée ; on sent toutefois qu'elle ne serait pa praticable dans les cas où il existerait un gran nombre de tumeurs, dans ceux où un fongus uni que aurait acquis un trop grand volume, dans ceu où il aurait un siège trop rapproché de la base d crâne, et enfin dans ceux où il existerait en mêm temps une altération profonde de la substance cé rébrale.

### Des fongus du périoste.

Ces fongus sont une des suites de la périostit chronique. Ils reconnaissent par conséquent le mêmes causes, et pendant quelque temps s'an noncent par les mêmes symptômes : c'est-à-dir par une tumeur développée sur un os, adhérente dure, non circonscrite, dont la saillie se confon insensiblement avec la surface d'où elle tire so origine. Cependant cette tumeur fait des progrè lents, devient douloureuse, inégale, bosselée, un apparence de fluctuation se fait sentir dans le points les plus saillans de sa surface, tandis qu les points intermédiaires sont fermes et résistans Enfin, après un temps variable, mais ordinairemen

assez long, les douleurs deviennent plus vives, les parties environnantes s'enflamment, la peau rougit, se perfore en un ou plusieurs endroits, et laisse écouler un pus sanieux et ténu. Si l'os dont le périoste est affecté est situé profondément, les ouvertures restent fistuleuses. Cependant on peut encore reconnaître le caractère du mal : un stylet introduit par les fistules et conduit jusqu'à l'os, ne pénètre pas dans la substance de celui-ci, mais il le trouve quelquefois inégal à sa surface, et pour arriver jusqu'à lui, il est obligé de traverser une masse de fongosités dont il déchire le tissu, et qui fournissent toujours alors une assez grande quantité de sang.

Lorsque l'os est superficiel, et surtout sous-cutané, il est ordinairement facile de reconnaître les caractères de la tumeur à travers les ouvertures de la peau.

Comme toutes celles du même genre, les tumeurs fongueuses du périoste ne sont pas susceptibles d'une guérison spontanée ; elles tendent au contraire incessamment à s'accroître, provoquent des douleurs vives, déterminent dans les tissus voisins, et notamment dans les muscles, une inflammation chronique qui les rend impropres à remplir leurs fonctions, elles fournissent des écoulemens sanieux et sanguins, qui fatiguent et épuisent les malades; et enfin elles peuvent passer à la dégénération carcinomateuse.

Il faut donc les détruire.

Pour cela on les met à découvert jusqu'à leur base à l'aide d'incisions simples, cruciales, ou en V, selon le besoin; on enlève avec l'instrument tranchant tout ce que l'on peut détacher de la tumeur ; on rugine l'os, et si la surface de celui-ci présente un aspect douteux, on applique le cautère actuel. On panse à fond, car une semblable opération doit toujours avoir pour résultat la nécrose des lames les plus superficielles de l'os, et il serait imprudent de laisser fermer la plaie avant la séparation et la chute des pièces d'os frappées de mort. L'opération est grave, la guérison longue à obtenir; mais c'est le seul moyen de détruire le mal.

Si l'os était placé si profondément que l'opération, telle qu'elle vient d'être décrite, fût impraticable, il faudrait retarder par tous les moyens (*saignées locales*, *émolliens*, etc.) les progrès du mal ; et lorsque celui-ci serait devenu dangereux pour la vie du sujet, pratiquer l'amputation si elle était possible.

### Des fongus de la membrane médullaire des os, ou *spina ventosa*.

L'histoire de la maladie que les auteurs ont, depuis les Arabes, désignée sous le nom de *spina ventosa*, est une des mille preuves des erreurs et des divagations auxquelles on peut se laisser entraîner quand on n'est pas guidé par des connaissances positives en anatomie pathologique ; le vague qui règne encore sur ce que l'on doit entendre par ce mot, est tel, que beaucoup d'écrivains du plus grand mérite ont décrit comme des exemples de *spina ventosa*, de véritables exostoses ou des hyperostoses avec raréfaction du tissu osseux ; que d'autres ont confondu cette maladie avec l'ostéosarcome, etc. Cependant le *spina ventosa*, sans être très-commun, n'est point une maladie très-rare ; mais, ou bien on ne l'examinait point après la mort, ou bien on se bornait à préparer et à conserver l'os sans songer à constater l'état de la membrane médullaire. Nos musées sont remplis de pièces de ce genre, qui, toutes, attestent que l'on s'est borné, ainsi que le dit M. le professeur Boyer, à étudier le *squelette* de la maladie, et que l'on a oublié d'examiner cette maladie elle-même.

Ce n'est pas sans quelques doutes que nous-mêmes rangeons le *spina ventosa* parmi les fongus. Cependant, en considérant les caractères anatomiques les plus constans donnés par les auteurs à cette affection, et nous appuyant sur deux dissections faites par nous avec le plus grand soin, nous pensons que, jusqu'à ce que des recherches plus exactes et plus nombreuses aient été faites, la place que nous lui assignons dans le cadre nosologique est celle qu'elle doit véritablement occuper.

En effet, tous les auteurs ont reconnu que, dans le lieu correspondant à la maladie, le canal médullaire est dilaté, renflé comme un tube de baromètre, et que la substance osseuse, dont la nature n'a point changé, est là raréfiée de manière à former une espèce de réseau à mailles plus ou moins écartées, une sorte de cage dans laquelle est contenue une substance charnue. Ceux en petit nombre qui ont examiné cette substance ont reconnu qu'elle était de nature fongueuse dans la plupart des cas ; que, dans d'autres, c'était une matière grisâtre, jaunâtre, plus ferme et *lardacée*, quelquefois plâtreuse ou caséeuse. Ainsi, dans la plupart des cas, la substance qui remplit le canal médullaire dilaté est donc fongueuse, et elle ne peut être développée qu'aux dépens de la membrane médullaire ; c'est cette membrane qui, en se gonflant, repousse en dehors les lames osseuses, et éloigne ainsi les parois du canal médullaire du centre de cette cavité. On a voulu voir dans cette divarication de fibres osseuses une preuve que la maladie de la moelle qui la produit ou l'accompagne est autre chose qu'un fongus, et on s'est appuyé sur ce que les fongus de la dure-mère perforent les os et ne les étendent pas ainsi ; mais on n'a pas fait attention que ces derniers, comme les anévrysmes, dont ils imitent en cela la manière d'agir, sont agités par des mouvemens de pulsation qui leur sont communiqués par le cerveau, et que c'est à ces mouvemens qu'ils doivent la facilité avec laquelle ils usent la substance des os. Les fongus du sinus maxillaire, qui ne sont point agités par de semblables mouvemens, dilatent la cavité, au point d'en décupler quelquefois la capacité avant d'en détruire les parois. A la vérité, les parois du sinus maxillaire ne se transforment pas en une sorte de réseau osseux, comme les parois du canal médullaire des os longs, et les fongus de ce sinus ne passent pas ordinairement aux dégénérations gélatiniformes ou caséeuses ; mais ne faut-il pas tenir compte de la texture différente des os, et de la présence de la moelle, qui suit les altérations de son organe sécréteur, et qui doit nécessairement les modifier ?

Le *spina ventosa* est une maladie presque par-

ticulière aux os longs et cylindriques ; et parmi ceux-ci, c'est principalement le tibia ou le fémur, près du genou, qu'elle attaque de préférence. L'os dans lequel elle se manifeste le plus souvent ensuite, est l'humérus, près de l'articulation scapulo-humérale ; on l'observe plus rarement aux os de l'avant-bras, qu'elle attaque presque toujours près du coude. Les causes qui la produisent paraissent être les mêmes que celle de l'ostéite.

*Symptômes*, *marche*, etc. Les symptômes par lesquels elle s'annonce sont ordinairement une douleur vive, profonde, ayant son siége dans le centre de l'os, tantôt continue, tantôt revenant par élancemens vifs, et, dans les deux cas, rappelant à quelques malades la sensation que produirait une *épine* enfoncée dans le canal médullaire : circonstance qui, jointe au mode d'altération éprouvé par l'os, qui semble comme *soufflé*, a servi aux médecins arabes à composer le nom barbare sous lequel la maladie qui nous occupe est encore désignée aujourd'hui. Dans quelques cas cependant la douleur est obscure et à peine sentie du malade. Quel qu'en soit le caractère, elle est ordinairement pendant long-temps le seul symptôme par lequel s'annonce la dégénération fongueuse du tissu médullaire, mais après un temps plus ou moins long, l'os se tuméfie dans tous les sens à la fois, et se dilate pour ainsi dire de manière à décupler, dans quelque cas, de volume. Cette dilatation, qui presque jamais ne s'étend jusqu'à l'articulation, dont les mouvemens restent libres, est brusque, c'est-à-dire qu'immédiatement au-dessus du point tuméfié, l'os conserve ses dimensions naturelles. La tumeur qu'il présente offre d'abord une dureté osseuse partout où on la touche. Chez quelques sujets, surtout lorsque la douleur a été obscure dès le début, la maladie suspend pour toujours ses progrès à cette époque ; chez d'autres elle les ralentit. Nous avons eu occasion de voir, il y a quelque temps, un jeune homme qui est dans ce cas. Il avait éprouvé, dans sa première enfance, les douleurs qui caratérisent l'invasion du mal. Le tibia s'est tuméfié dans toute sa moitié supérieure, au point que la partie correspondante de sa jambe, à l'âge de dix-huit ans, avait vingt-quatre pouces de circonférence : les douleurs se sont alors calmées, et l'accroissement de la tumeur s'est ralenti. Amateur de la chasse et de la danse, il a pu se livrer à ces exercices sans en éprouver de fatigues : aujourd'hui il a vingt-six ans, sa jambe a trente deux pouces de circonférence ; mais il recommence à en souffrir ; il marche avec plus de difficulté, et pâlit ; et tout fait présumer qu'avant peu la maladie reprendra sa marche la plus ordinaire. Le plus souvent en effet l'uniformité de consistance et de dureté de la tumeur disparaît, et l'on distingue çà et là à sa surface des points ramollis qui donnent la sensation d'une fluctuation obscure. Bientôt la peau s'enflamme et s'ulcère, les plaies fournissent un pus peu abondant, mais sanieux et souvent fétide ; elles donnent issue à des fongosités quelquefois blafardes, plus ordinairement rouges et douloureuses, difficiles à réprimer. Un stylet, introduit par ces ouvertures, pénètre jusqu'au centre de l'os, en passant dans les intervalles que laissent entre elles ses fibres divariquées, et donne la sensation d'une masse fongueuse qui se laisse déchirer au moindre effort. Enfin le sujet maigrit, perd les forces, et finit par succomber, épuisé par les sueurs et les autres accidens colliquatifs.

Le spina ventosa est facile à distinguer des exostoses, à sa forme, et à la nature des douleurs dont il est accompagné.

Quand il est indolent, la distinction est plus difficile, et même, dans quelques cas rares, impossible. Cependant le volume qu'il acquiert est toujours plus considérable que celui des exostoses et des hyperostoses. On le distingue facilement du gonflement scrofuleux des phalanges des doigts chez les jeunes sujets, avec lequel presque tous les auteurs le confondent encore aujourd'hui. Ce dernier gonflement est une ostéite, et il se termine, comme l'ostéite, par la nécrose ou par la carie des os affectés. Enfin l'ostéosarcome (ou cancer des os), avec lequel il a quelque analogie de forme et de siége, offre une tuméfaction plus bosselée et moins dure ; il provoque des douleurs plus vives, et ces douleurs sont lancinantes comme celles des cancers ; il suit une marche plus rapide et altère plus vite la constitution des malades, qui prennent promptement le teint plombé et terreux propre aux individus affectés de maladies cancéreuses.

Le pronostic du spina ventosa est toujours grave, puisque ce n'est que dans les cas rares et pour ainsi dire exceptionnels, qu'il suspend complètement ses progrès.

*Traitement.* Tant que la maladie ne compromet pas actuellement la vie du sujet, on doit se borner à combattre les douleurs et l'irritation locale par les moyens antiphlogistiques ordinaires. Mais lorsqu'elle a fait des progrès considérables, et qu'elle commence à faire sentir son influence sur la santé, il ne reste d'autre ressource que dans l'amputation de la partie.

On a proposé de fendre les parties molles, d'ouvrir la cavité osseuse, et de détruire par le fer et par le feu la masse fongueuse qui la remplit. Mais il est facile de voir qu'une semblable opération offre trop peu de chances de succès pour pouvoir être tentée ; car il est douteux que le malade puisse résister à l'inflammation étendue et grave qui en serait la suite immédiate. Il est probable que, s'il résistait aux accidens inflammatoires primitifs, il succomberait à la longue et abondante suppuration nécessitée par l'élimination des parties d'os privées de vie, ou à la récidive du mal ; et, en supposant qu'il évitât tous ces dangers, il ne conserverait qu'un membre informe, et incapable, dans la plupart des cas, de remplir ses fonctions.

# ORDRE CINQUIÈME.

## PSEUDO-MEMBRANES.

### Des pseudo-membranes en général.

Les pseudo-membranes consistent, ainsi que nous l'avons déjà dit, en des concrétions sous forme de couches, étendues sur diverses surfaces, et susceptibles de s'organiser dans quelques cas. On les observe à la peau, sur quelques vésicatoires récens, et souvent à la surface de ceux qui sont anciens et trop irrités; sur les membranes muqueuses, dans certaines inflammations; dans la cavité des membranes séreuses, à la suite aussi de leurs phlegmasies. Leur composition n'est pas toujours la même : ainsi les pseudo-membranes des vésicatoires paraissent formées d'albumine; celles des membranes muqueuses, de mucus ou de pus concret; et celles des membranes séreuses, de fibrine décolorée.

C'est presque toujours l'inflammation qui donne naissance à ces productions morbides, mais c'est rarement pendant son cours qu'elles s'organisent. En général, ce travail n'a lieu que quand toute inflammation est éteinte; encore ne l'observe-t-on jamais dans les pseudo- membranes cutanées, peut-être jamais non plus dans celles qui se développent sur les membranes muqueuses, et n'est-ce que dans les membranes séreuses qu'on le voit manifestement s'opérer? Pourquoi certaines inflammations sont-elles accompagnées de la formation de fausses membranes, tandis que d'autres inflammations d'égale intensité, attaquant les mêmes organes, n'en produisent pas? Il est probable que la nature de la cause de l'inflammation influe sur ces résultats. Cependant, avant d'attribuer à quelque chose de spécial dans l'agent d'irritation, la production des pseudo membranes, il faudrait peut-être étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici toutes les particularités du mode d'action des causes, les circonstances de l'état morbide lui-même, etc.; peut-être découvrirait-on dans cette étude quelques circonstances jusqu'à ce jour inaperçues, qui nous rendraient raison des faits. Cette marche du moins serait plus philosophique que celle qui consiste à supposer sans cesse des inconnues pour se tirer d'embarras. Est-il bien logique, par exemple, d'attribuer, au mode spécial d'irritation des cantharides, la formation des pseudo-membranes sous-épidermiques des vésicatoires, quand on sait que cet effet est loin d être constant, bien que l'agent reste le même? La durée de l'application de cet irritant, la douleur et la chaleur locales qu'il détermine, et qui varient suivant les individus, nous expliqueraient peut-être mieux la variabilité de ses effets. Il en serait probablement de même des fausses membranes produites par les phlegmasies de la plèvre dans certains cas, et qui n'existent pas dans d'autres. Il suffit, en effet, de remarquer que les pleurésies chroniques dès le début, n'en sont jamais accompagnées alors même qu'il existe un épanchement, pour être autorisé à penser qu'une chaleur locale vive, et un influx nerveux ou une douleur considérable, sont les conditions nécessaires de la coagulation de la fibrine qui forme la pseudo-membrane. Enfin, en appliquant le même esprit d'analyse à la recherche des causes des pseudo-membranes qui recouvrent dans certains cas les surfaces muqueuses enflammées, on arriverait peut-être à s'en rendre compte d'une manière tout aussi naturelle. Toutefois, nous ne voulons pas nier que la nature des causes puisse être pour quelque chose dans ces résultats; nous voulons seulement faire voir que ce n'est encore qu'une supposition à laquelle il est peut-être possible de substituer des réalités.

Personne ne s'est encore occupé, que nous sachions, du soin d'examiner la manière dont se forment les pseudo-membranes à la surface des membranes muqueuses. Tous les auteurs que nous avons consultés se bornent à dire que du mucus épais, ou une matière sébacée ou pultacée, sont sécrétés à la surface de ces membranes, s'y étendent en nappes et s'y concrètent. Nous nous sommes livrés à quelques recherches à cet égard, et voici ce que nous avons observé. En examinant attentivement le voile du palais et le palais lui-même, au début de l'inflammation, on remarque souvent que la membrane muqueuse y présente de larges plaques irrégulières, d'un rouge plus ou moins foncé sur les bords, et formées évidemment par un soulèvement de l'épithélium, au-dessous duquel on aperçoit une sérosité un peu plus trouble sur les bords qu'au centre : nous ne saurions mieux comparer ces plaques qu'à des brûlures. Peu à peu la sérosité devient plus trouble et plus épaisse; bientôt l'épithélium se déchire, et la matière qu'il recouvrait, devenue de plus en plus consistante, s'étend en nappe, se concrète, etc. Sur la langue, les choses ne se passent pas ordinairement de la même manière : on n'y aperçoit pas les plaques dont nous venons de parler, c'est par petits points que l'épithélium est ordinairement soulevé; il en résulte autant de petites vésicules apercevables à la loupe, qui se rompent, et la matière qui s'en échappe se comporte comme dans le cas précédent; si on l'enlève, on la voit se reproduire avec la plus grande promptitude. Dans quelques cas plus rares, nous avons vu la langue se recouvrir de grosses ampoules arrondies et isolées, les ampoules se crever, et laisser après elles des ulcérations superficielles, irrégulières, quoique les ampoules fussent parfaitement arrondies, et d'où s'échappait la matière pultacée, qui, en s'étalant sur l'organe, devait former la pseudo-membrane. Pour nous assurer si c'étaient bien des ulcérations qui succédaient aux ampoules, nous avons gratté la langue avec une cuiller, enlevé la matière pultacée, et manifestement vu des petits ulcères superficiels. Mais si on tarde à faire cet examen, ces érosions se cicatricent avec une grande rapidité sous la couche qui les recouvre, et ne laissent aucune trace, de sorte qu'on pourrait croire qu'il n'en a pas existé. Sur les gencives et à l'intérieur

des joues, c'est aussi par de petites vésicules que la scène commence; mais elles disparaissent si vite, en raison sans doute de la résistance moindre de l'épithélium dans ces parties, qu'il faut un examen attentif et répété pour les apercevoir. Enfin, sur les amygdales, il nous a toujours été impossible de voir commencer et de suivre le travail morbide.

Est-ce toujours et uniquement de ces trois manières, par vésicules, ampoules, ou soulèvement de l'épithélium par plaques, que commence la formation des fausses membranes des surfaces muqueuses? Nous sommes loin de le prétendre; nous rapportons seulement ce que nous avons observé. Il est d'ailleurs bien évident que, là où l'épithélium n'existe pas, dans l'estomac et les intestins, par exemple, les fausses membranes ne peuvent pas se développer ainsi. Toutefois, nous ferons remarquer qu'il est très-rare d'observer des pseudo-membranes sur ces parties; ce qui prouve au moins que l'absence de l'épithélium diminue les chances de leur production. Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu de traces d'organisation dans ces productions morbides; mais M. Guersent a vu deux fois la fausse membrane du croup communiquer avec la membrane muqueuse du larynx par de petits vaisseaux organisés (1).

On connaît mieux la manière dont se forment les pseudo-membranes à la surface des séreuses. La membrane enflammée se couvre ordinairement de granulations, qui se rapprochent, et se convertissent en une couche membraniforme, ou en brides celluleuses qui se portent d'un feuillet de la membrane à l'autre, et s'entrecroisent en tous sens. Il en résulte une toile celluleuse, dans laquelle se manifestent d'abord des points rouges, puis des stries, et enfin des vaisseaux sanguins. Nous avons vu plusieurs fois ces pseudo-membranes être frappées d'inflammation et suppurer : les auteurs rapportent des exemples de mélanoses, de matière tuberculeuse, développées dans leur tissu.

Les pseudo-membranes ne constituent jamais par elles-mêmes un état morbide; elles n'ont d'autres symptômes par conséquent que ceux des inflammations, dont elles sont presque toujours les effets. Elles deviennent souvent le moyen de guérison de quelques maladies; c'est ainsi que celles des membranes séreuses établissent des adhérences entre leurs feuillets enflammés; c'est ainsi surtout qu'on en voit se former et s'organiser dans les excavations tuberculeuses, lesquelles, successivement cellulaires, séreuses, fibreuses et enfin cartilagineuses, servent de cicatrice aux parois de ces cavernes. Les membranes muqueuses et les séreuses sont de tous les tissus ceux où se développent plus fréquemment les pseudo-membranes; on en a rencontré quelquefois dans les veines et dans le cœur.

Nous ne tracerons l'histoire d'aucune fausse membrane en particulier; effets de maladies, plutôt que maladies elles-mêmes, nous n'en avons entretenu nos lecteurs, que parce qu'elles forment la transition naturelle des productions morbides qui précèdent à celles qui suivent.

---

# ORDRE SIXIÈME.

## KYSTES.

### Des kystes en général.

Les kystes sont des poches membraneuses sans ouverture qui se forment accidentellement dans nos parties, et servent d'enveloppe à des liquides ou à des solides venus du dehors, sécrétés par elles, ou épanchés avant leur formation. On les partage généralement en deux ordres, savoir : les kystes qui préexistent aux corps ou à la matière qu'ils contiennent, et ceux qui se développent autour des corps étrangers (2). Plusieurs auteurs les ont encore divisés, d'après la nature des matières qu'ils contiennent, en kystes séreux, synoviaux, méliceriques, stéatomateux, graisseux, athéromateux, pileux, etc.; mais cette classification repose sur une base ruineuse; car rien n'est variable comme la nature des matières contenues dans les kystes, et souvent dans le même aux diverses époques de son existence. Enfin d'autres auteurs les ont classés d'après la texture de leurs propres parois, et ont admis des kystes séreux, muqueux, dermoïdes, fibreux, cartilagineux, osseux. Cette division, basée sur l'état anatomique des parties, est par cela même beaucoup plus philosophique que la précédente, et devrait être consacrée, s'il était possible de reconnaître à l'avance la nature des parois d'un kyste; mais dans le plus grand nombre des cas, cela n'est pas possible, et il est d'ailleurs loin d'être démontré qu'un même kyste ne puisse pas passer successivement par plusieurs de ces modes de texture; nous croyons même que cela arrive très-communément. On pourrait peut-être les partager en kystes absorbans et en kystes sécréteurs. Mais nous nous en tiendrons à la division adoptée dans l'ouvrage de M. le professeur Cruveilhier, que nous avons fait connaître la première.

Les kystes de la première espèce se forment autour de tous les corps étrangers qui, situés au sein de nos parties, peuvent y séjourner sans les enflammer. La présence de ces corps n'a d'autre effet que d'entretenir une irritation faible, tout-à-fait circonscrite dans le lieu qu'ils occupent et dont le résultat est l'organisation d'une poche adhérente aux parties voisines par sa face externe, libre au contraire et lisse à sa face interne. Si le corps étranger est solide et non susceptible d'être dissous et

(1) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tom. 2, pag. 386.

(2) Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, tom. 1, pag. 202.

absorbé, comme une balle de plomb, par exemple, le kyste l'enveloppe, l'isole, le fixe inamoviblement, et prévient ainsi les effets que son contact ou son déplacement pourraient à la longue produire sur les tissus. Si le corps étranger présente au contraire des qualités opposées, le kyste, aussitôt qu'il est formé, sécrète un liquide qui ne tarde pas à dissoudre graduellement ce corps; et lorsque cette dissolution est achevée, et quelquefois à mesure qu'elle s'opère, l'absorption enlève toute la matière, les parois du kyste se rapprochent, se touchent, se confondent, et tantôt le sac persiste, tantôt il n'en reste plus de vestiges.

Les kystes de la seconde espèce préexistent toujours à la matière qu'ils contiennent; mais ce ne sont pas toujours des productions nouvelles, comme le pensait Bichat : tantôt c'est un follicule sébacé considérablement développé qui les constitue; d'autres fois ils consistent tout simplement dans le développement des vésicules déjà existantes, ainsi qu'il a paru à M. Cruveilhier pour un grand nombre de kystes des ovaires (1); enfin nous avons déjà vu, en traitant des lipômes, qu'ils étaient quelquefois formés par la distension d'une cellule adipeuse.

Il résulte de ce qui précède, que les kystes de la première espèce ne constituent pas des maladies; ils deviennent souvent au contraire des moyens de guérison; toujours ils ont un but utile. Ceux de la seconde espèce au contraire sont de véritables états morbides. La texture des premiers varie peu; elle est presque toujours la même : c'est ordinairement une simple toile cellulaire, une sorte de membrane séreuse, lisse et polie. La texture des seconds est au contraire très-variable; ainsi leur organisation est tantôt celle des membranes séreuses, tantôt celle des membranes muqueuses, ou celle des tissus dermoïdes, fibreux, cartilagineux, osseux. Il est très ordinaire de les voir formés de plusieurs feuillets, l'un intérieur, dont la texture est moins variable et presque toujours séreuse ou muqueuse, et l'autre extérieur, assez souvent fibreux, et quelquefois cartilagineux ou osseux. Il se pourrait cependant que tous les kystes fussent à leur origine ou séreux ou muqueux, et que ce ne fût que par l'effet du temps que leurs parois devinssent successivement fibreuses, cartilagineuses et osseuses. C'est ainsi du moins que commencent tous les tissus de nouvelle formation, et il n'est pas probable que les kystes échappent à cette loi. Quoiqu'il en soit, exposés aux mêmes désorganisations que les autres tissus, il en résulte une nouvelle source de variétés dans la contexture de leurs parois. Enfin, la matière que ces kystes contiennent présente aussi des différences très-tranchées dans l'une et l'autre espèce de kystes. Ceux de la première ne renferment jamais que du sang, ou des grains de plomb, des balles, des calculs urinaires, des fœtus ou des débris de fœtus, en un mot des corps étrangers préexistans à leur formation. La matière que contiennent les seconds, sécrétée par leurs parois, est tantôt huileuse, tantôt gélatiniforme, graisseuse, lardacée, sébacée, méliceérique, stéatomateuse, athéromateuse, carcinomateuse, etc., ce qui a fait créer inutilement autant d'espèces de kystes. Toutes les parties du corps peuvent être le siége des uns et des autres. Ainsi on a rencontré des kystes séreux dans le cerveau, le cervelet et la moelle allongée (Portal); à l'extérieur de la pie-mère (Lieutaud); à l'intérieur de cette même membrane (Bonet, Wepfer, Warthon); dans l'épaisseur de la cornée (Dupuytren, Cruveilhier); dans les paupières, les alvéoles, les mamelles, la cavité pectorale, les poumons, le péricarde, le cœur (Dupuytren); les ovaires, la matrice, le foie (Lassus, Sue, Bricheteau); le pancréas, les bourses, les testicules, le cordon spermatique, les grandes lèvres; des kystes mélicériques, athéromateux, dans le derme chevelu, sous la peau du front, dans le cerveau, à la voûte palatine, sur le cœur (Cruveilhier); des kystes contenant de la matière muqueuse, dans la paupière inférieure (Dupuytren, Cruveilhier); dans l'épaisseur du prépuce; des kystes contenant de la matière huileuse, à la tempe (Dupuytren, Cruveilhier) : de la matière gélatiniforme, dans la région iliaque (Cruveilhier); des poils, et enfin des petits corps blancs, au poignet, à l'articulation tibio-tarsienne (Dupuytren).

Les kystes ne gênent en général que par leur masse, leur poids, ou leur présence sur une partie qui les expose à des chocs ou à des frottemens fréquens et douloureux. On en voit d'énormes se développer dans les ovaires, remplir et distendre la cavité abdominale, et les malades n'en être incommodées que comme elles le seraient par la présence d'un corps étranger; un tout petit kyste, au contraire, placé sur une paupière ou sur le front, etc., devient très-promptement gênant, et exige le secours de l'art. Mais remarquez que ce n'est encore qu'une influence purement mécanique qu'ils exercent : ils n'en exercent en effet presque jamais d'autre; ce sont de véritables corps étrangers, inertes; et ce n'est que lorsqu'ils viennent à s'enflammer, ou lorsque l'absorption porte dans le torrent circulatoire les matières plus ou moins nuisibles qu'ils contiennent, qu'ils produisent des symptômes généraux. Les kystes placés dans le parenchyme même des organes ne forment que rarement exception. Il n'y a donc de symptômes propres à ces affections, que ceux que fournissent leur forme et leur consistance. Leur forme est presque toujours arrondie ou ovoïde; la tumeur est bien circonscrite, elle n'adhère pas ordinairement aux parties environnantes, ou n'y tient que par quelques points; on sent, à ne s'y pas méprendre, que c'est une poche qui renferme un liquide plus ou moins épais ou une substance solide. Quant à leur consistance, elle varie suivant la nature de la matière qu'ils renferment; mais il y a toujours ce caractère assez saillant, que la masse ne peut pas être diminuée de volume par la compression, et qu'à la main elle produit l'effet d'être incompressible. Si l'on ajoute à cela que la tumeur s'est développée sans symptômes inflammatoires, et qu'elle continue à s'accroître sans en être accompagnée, ni en elle-même ni dans les tissus environnans, on aura réuni tous les caractères pathognomoniques des kystes accessibles à la vue et au toucher. Quant à ceux qui sont situés dans la profondeur des organes, si l'on en excepte ceux de l'ovaire, ils sont presque

(1) *Ouvrage cité*, tom. 1, pag. 327.

toujours méconnus ou ignorés pendant la vie. Le danger des kystes dépend de l'importance de l'organe dans lequel ils existent, de la difficulté plus ou moins grande de les atteindre; en général, ils n'entraînent qu'un danger éloigné.

Plusieurs moyens ont été employés pour obtenir la guérison des kystes. Les principaux sont les résolutifs, la compression, la rupture, l'inflammation des parois du kyste, provoquée par des injections irritantes ou par le séjour d'un corps irritant dans leur cavité, ou par la cautérisation, l'incision, l'excision, et enfin l'extirpation.

Les résolutifs sont rarement suivis de succès. On ne peut y avoir recours que contre les kystes dont les parois sont minces, et qui ne contiennent qu'un liquide presque séreux. Tels sont, par exemple, les kystes qui se développent derrière l'olécrâne et au-devant de la rotule. La pommade d'iode ou d'hydriodate de potasse, les emplâtres de Vigo, de ciguë, de diabotanum, les frictions mercurielles, les douches de toute espèce, les bains de vapeur, sont les moyens résolutifs auxquels on a le plus habituellement recours; on en seconde l'emploi par la compression, lorsque le kyste est superficiel et placé au-devant d'un os, et par l'usage à l'intérieur des sudorifiques, des diurétiques, des purgatifs et des préparations d'iode. Mais, même réunis, ces deux ordres de moyens sont peu efficaces; il n'est guère que les kystes séreux de la rotule et de l'olécrâne que l'on parvienne assez fréquemment à dissiper par eux, et principalement par l'application réitérée d'une solution très-concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque dans l'eau.

On ne pratique la rupture des kystes que lorsqu'ils occupent la gaîne des tendons; nous en parlerons plus loin.

Les injections irritantes, précédées par une ponction de la tumeur, comme cela se pratique dans l'hydrocèle, ne sont presque jamais suivies de succès, et entraînent souvent des accidens mortels. Cela tient à ce qu'après avoir vidé un kyste, ses parois ne reviennent pas assez sur elles-mêmes pour se mettre en contact et adhérer entre elles, ou s'affaissent irrégulièrement, ou même ne s'affaissent pas du tout. Il en résulte que la poche se remplit de nouveau de pus, ou de la même matière à laquelle on a donné issue, ou bien une inflammation considérable s'en empare et se communique aux parties voisines, et conduit rapidement le malade au tombeau. On ne doit donc avoir recours à cette méthode qu'avec beaucoup de prudence.

L'introduction d'un séton qui traverse toute la tumeur n'a pas les mêmes inconvéniens, et elle a sur les injections l'avantage de ne produire qu'une irritation faible, mais continue, en même temps qu'elle donne une issue graduelle aux liquides, et par conséquent celui de donner le temps aux parois du kyste de se rapprocher et de contracter des adhérences entre elles. On peut donc employer cette méthode avec avantage dans les kystes volumineux et allongés situés sur les membres, dans le voisinage des articulations, sur la colonne épinière, au-devant du cou, dans le corps thyroïde. C'est de la même manière à peu près qu'agit la sonde de gomme élastique que quelques auteurs conseillent de laisser dans le kyste pour en irriter les parois; mais le séton nous paraît préférable sous tous les rapports.

M. Demours a retiré pour le traitement de toutes les espèces de kystes de grands avantages d'un moyen qu'il appelle *séton métallique*. Il consiste à traverser le kyste de part en part avec une ou deux grosses aiguilles à coudre ordinaires, et à couper de chaque côté ces aiguilles presque au niveau de la plaie pour les laisser en place. Le liquide contenu dans le kyste s'écoule peu à peu le long des aiguilles, et la poche revenant en proportion sur elle-même, finit par s'oblitérer sans inflammation bien évidente. Nous avons deux fois employé ce moyen avec succès, mais il ne s'agissait que de deux kystes séreux d'un petit volume.

L'incision des kystes n'en procurant la guérison qu'autant qu'après les avoir vidés, on en irrite les parois pour les faire suppurer et en déterminer l'inflammation, cette opération laissant d'ailleurs autant de difformité que l'extirpation, plus prompte et plus sûre; on n'y a recours que pour les loupes enkystées du crâne, celles qui sont situées sur le trajet des gros vaisseaux du col, celles des grandes lèvres et du cordon testiculaire; en un mot, dans les cas où l'extirpation est difficile ou serait dangereuse.

On emploie la cautérisation seule pour détruire une partie de la peau qui recouvre un kyste, quand on pense qu'il restera trop de cette membrane après l'évacuation du liquide. Une traînée de pierre à cautère, disposée de manière à faire une escharre ovale allongée, remplit très-bien cette indication. On emploie la cautérisation comme moyen secondaire, pour irriter la surface interne de tous les kystes que l'on traite par l'incision. Nous verrons dans les spécialités qu'elle est encore applicable à quelques cas particuliers.

L'excision ou la rescision consiste à enlever un segment du kyste, en forme de calotte, avec la peau qui le recouvre. Les bords de la portion du kyste qui reste au fond de la plaie se réunissent à ceux des tégumens, et c'est cette même portion de la poche qui remplace par la suite la peau qui a été enlevée. On croit que ce procédé est dû à Chopart; c'est Monnier qui l'a fait connaître dans sa thèse.

De toutes les méthodes de traitement des kystes, l'extirpation est certainement la meilleure; on doit donc l'employer de préférence chaque fois qu'elle est possible. Il y a plusieurs manières de la pratiquer. Lorsque le kyste est d'un petit volume, mobile, et que la peau qui le recouvre est saine, on peut, après avoir incisé les tégumens sur la tumeur, presser celle-ci sur les côtés et en arrière, ou l'arracher, en la faisant sortir par la plaie comme par une sorte d'énucléation.

Si la tumeur est volumineuse et que les tégumens soient amincis, il faut circonscrire entre deux incisions courbes qui se regardent par leur concavité, un lambeau elliptique de peau et procéder ensuite de la même manière.

Lorsque le kyste est adhérent aux parties profondes, il faut l'en détacher par la dissection. Beaucoup de praticiens pensent qu'il est très-important de le séparer sans l'ouvrir, afin de n'en laisser au-

cune partie; mais, lorsque surtout la tumeur est volumineuse, cette dissection est très difficile, car il faut que l'instrument agisse derrière la tumeur, et l'œil de l'opérateur n'en peut plus suivre les mouvemens; il est beaucoup plus avantageux en général d'ouvrir le kyste, de le vider, de le saisir avec des pinces pour le tendre à mesure qu'on le sépare des parties auxquelles li adhère, parce que de cette manière on voit toujours ce que l'on fait.

Dans ces derniers temps M. Brachet de Lyon ayant remarqué que la plupart des kystes sont peu adhérens aux parties voisines, a proposé un procédé nouveau qui participe de l'énucléation et de l'arrachement. Il consiste à inciser la poche, et après l'avoir vidée, à saisir avec des pinces son fond pour l'amener au-dehors par la plaie en le renversant sur lui-même. Sans pouvoir être proposé comme une méthode générale, il est évident que ce procédé peut recevoir de nombreuses applications.

Ces divers traitemens étant applicables à tous les kystes en général, sauf les exceptions que nous avons fait connaître, nous ne décrirons d'une manière spéciale que ceux qui présentent quelque particularité, soit dans les symptômes, soit dans le traitement.

### Des kystes du cerveau.

Les kystes du cerveau sont sanguins ou purulens, ou plutôt ils contiennent tantôt du sang, tantôt du pus.

A la suite des hémorrhagies cérébrales, ou *apoplexies*, lorsque les accidens se prolongent pendant plusieurs jours, un kyste s'organise fréquemment autour du caillot. Ce kyste, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Riobé, confirmées depuis par un grand nombre d'observateurs, absorbe peu à peu le sang épanché, et procure ainsi la guérison de cette grave maladie. On trouve quelquefois plusieurs kystes dans un même cerveau, correspondant à un égal nombre d'attaques d'apoplexie. Quand ces kystes sont anciens, ils renferment dans leur cavité un peu de sérosité jaunâtre, ou rougeâtre, ou de tissu cellulaire, et la portion de substance cérébrale qui leur est contiguë est ordinairement un peu plus dense que dans l'état naturel. L'art ne peut rien pour favoriser la formation de ces kystes, si ce n'est de traiter énergiquement l'apoplexie par les moyens que nous avons indiqués. On ne peut qu'en soupçonner l'existence pendant la vie.

Les kystes purulens du cerveau, plus connus sous le nom d'*abcès enkystés*, s'organisent autour de la substance cérébrale ramollie par l'inflammation, et réduite en putrilage ou en véritable pus, lorsque la malade survit aux premiers accidens. M. le professeur Lallemand a le premier tracé une histoire un peu complète de ces affections (1). Il résulte de ses recherches que ces poches mettent un temps variable à s'organiser; ce n'est d'abord qu'une membrane molle et vasculaire qui se déchire au plus léger effort; plus tard, au bout d'une cinquantaine de jours à peu près, elle devient plus distincte, mais peu résistante encore; bientôt après, cette membrane est d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher; sa surface interne paraît comme villeuse; vers le deuxième mois, le kyste est lisse, bien circonscrit, formé à l'extérieur de plusieurs couches de tissu cellulaire, et présente à l'intérieur l'aspect des abcès par congestion; après trois mois, il est plus vasculaire, plus dense et plus épais; enfin, après plusieurs années, il est formé de plusieurs feuillets celluleux à l'extérieur, d'un tissu d'apparence fibreuse au centre, et à l'intérieur, d'une membrane ayant l'aspect des membranes muqueuses enflammées. Ces kystes n'ont d'autre effet que d'isoler le pus, mais ils ne l'absorbent pas. Il en résulte pour les malades une guérison apparente qui dure quelquefois plusieurs années; mais le kyste est, pour les parties environnantes, une cause permanente d'irritation, qui fait que, pour la moindre cause, les malades éprouvent de violentes céphalalgies, des mouvemens nerveux, et que tôt ou tard ils succombent à une inflammation de la substance cérébrale qui entoure l'abcès. (Voyez *Cérébrite.*)

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*, 4ᵉ. lettre.

### Des kystes sanguins de l'abdomen.

Ces kystes seront décrits à l'occasion des plaies de l'estomac; il est donc inutile de les décrire ici.

### Des kystes développés autour des corps étrangers.

Les auteurs rapportent plusieurs exemples de balles ou de grains de plomb qui ont long-temps séjourné dans diverses parties, et autour desquels des kystes se sont organisés. Nous avons déjà dit quels étaient les avantages de ces kystes : ils ne sont jamais la source d'aucune indication particulière. Des pierres peuvent aussi s'enkyster dans l'épaisseur des parois de la vessie, ou au périnée; il en sera question à l'occasion des calculs vésicaux.

### Des kystes formés autour des fœtus extra-utérins.

Dans les grossesses extra-utérines, le fœtus s'accroît pendant quelque temps; mais bientôt il languit et meurt. Un kyste s'était de bonne heure organisé autour de lui et l'isolait des parties environnantes; ce kyste acquiert de plus en plus de l'épaisseur et de la consistance, et continue quelquefois à isoler si complètement le fœtus mort des organes voisins, que des femmes ont pu porter, sans éprouver d'accidens, des tumeurs de ce genre pendant dix, vingt, et trente ans. Mais dans le plus grand nombre des cas, le fœtus se convertit en putrilage, le kystes s'enflamme, l'inflammation se communique aux intestins et au péritoine, et la malade succombe. Quelquefois cependant la poche contracte des adhérences avec un point des parois abdominales, ou même avec un intestin; le pus se fait jour au dehors, ou dans la cavité de cet organe, il entraîne les débris du fœtus, et la femme guérit. Ces cas heureux sont très-rares. Les soins du médecin se bornent à combattre l'inflammation lorsqu'elle devient trop vive, et à ouvrir les abcès lorsqu'ils sont formés et qu'ils ont contracté des adhérences avec les parois de l'abdomen.

### Des kystes du derme chevelu.

On observe assez souvent sur la tête des vieillards, et quelquefois chez des adultes, des tumeurs arrondies, circonscrites, proéminentes, sans changement de couleur à la peau ; de consistance molle, et non douloureuses ; ce sont des kystes. Presque toujours la matière qu'ils renferment offre l'aspect et la consistance du miel ( méliceris ), ou celle d'une bouillie blanche et purulente (athérôme) ; quelquefois cependant elle ressemble à du suif ( stéatôme ). Ces tumeurs sont quelquefois en assez grand nombre ; mais elles n'ont en général d'autre inconvénient que la difformité ; tout au plus gênent-elles dans quelques cas le malade pour se coiffer, ou l'empêchent-elles de coucher sa tête dans certaines positions. On en a vu qui déprimaient les os du crâne, mais jamais au point de produire des accidens cérébraux ; elles adhèrent quelquefois au péricrâne. Chez les enfans, on a pris quelquefois un de ces kystes pour une hernie de cerveau. Ces tumeurs restent en général stationnaires ; il arrive cependant parfois qu'elles s'enflamment, s'abcèdent, s'ouvrent, et guérissent spontanément.

Le traitement de ces kystes consiste dans l'extirpation ; on la pratique ordinairement en faisant une incision cruciale aux tégumens qui recouvrent la tumeur, et disséquant le kyste avec soin ; après l'avoir enlevé, on réunit immédiatement les bords de la plaie. M. Dupuytren a depuis long-temps simplifié ce procédé ; il se borne à faire, dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, une incision qui la partage en deux, mais qui ne doit pas intéresser la paroi profonde du kyste ; il saisit ensuite sous la peau, avec des pinces à disséquer, une des lèvres de cette poche, et tire dessus fortement, en même temps qu'il la sépare avec le bistouri des parties contiguës.

Mais à quelque procédé qu'on ait recours, l'extirpation de ces kystes n'est pas toujours praticable ; ainsi elle ne l'est pas lorsqu'ils adhèrent au péricrâne, parce qu'il faudrait alors dénuder les os pour les enlever en totalité. Il faut alors les inciser, donner issue aux matières qu'ils contiennent, enlever avec le bistouri des lambeaux de la poche aussi étendus que possible, ou bien en provoquer la suppuration ou l'exfoliation en la remplissant de charpie, ou en touchant sa surface interne avec des cathérétiques. On pourrait abréger cette opération sans lui rien faire perdre peut-être de son efficacité, en se bornant à appliquer un morceau de pierre à cautère sur la tumeur, sans incision préalable.

L'extirpation de ces kystes, en apparence si innocente, est quelquefois suivie des accidens les plus graves. Le plus fréquent est l'érysipèle du derme chevelu, qu'accompagne très-souvent l'inflammation des méninges, et dont la mort est très-souvent le résultat funeste. On a vu quelquefois aussi le tétanos en être la suite. Il est donc toujours plus prudent de ne pas toucher à ces kystes tant qu'ils n'entraînent pas d'inconvéniens ; et quand on se décide à opérer, il serait peut-être sage d'avoir recours d'abord à la simple cautérisation par la pierre à cautère, et surtout au séton métallique, à l'incision ou à l'excision, et de n'employer l'extirpation que lorsque ces moyens auraient échoué.

### Des kystes des paupières.

Les paupières deviennent souvent le siége de tumeurs enkystées, qui, très-petites au début ( elles sont ordinairement de la grosseur d'un grain de millet ) acquièrent quelquefois très-promptement jusqu'au volume d'une noix ; elles se développent dans tous les points de l'étendue des paupières, plus fréquemment même dans leur épaisseur que sur leur bord libre, ce qui contredit l'opinion qui les fait consister dans un développement anormal des glandes de Meïbomius ; elles sont plus superficielles du côté de la face interne des paupières, le liquide qu'elles renferment est ordinairement séreux.

Un bon nombre de ces kystes disparaissent d'eux-mêmes au bout d'un certain temps, et ne réclament aucun traitement ; quant aux autres, c'est souvent en vain que l'on essaie de les dissiper par les résolutifs les plus actifs. L'eau régale, vantée par Morgagni, l'hydrochlorate d'ammoniaque, les frictions mercurielles, les pommades d'iode, etc., sont également inefficaces. L'extirpation est le meilleur moyen auquel on puisse avoir recours dans cette maladie. Rien de plus simple et de plus facile que cette petite opération. On fait asseoir le malade, la tête renversée en arrière et maintenue sur la poitrine d'un aide ; on renverse la paupière en dehors, parce qu'en raison de la position plus superficielle de la tumeur à la face interne de cette membrane qu'à sa face externe, c'est par la première qu'il faut l'attaquer ; le doigt de l'aide maintient la paupière ainsi renversée, en même temps qu'il fait saillir davantage la tumeur, et le chirurgien, fixant ce kyste à l'aide d'un doigt placé derrière, incise légèrement la membrane muqueuse qui le recouvre, dans la direction d'un angle de l'œil à l'autre, soit avec une lancette, soit avec un petit bistouri. Il détache ensuite avec la pointe de l'instrument la petite tumeur de toutes ses adhérences, puis il presse avec le doigt placé derrière elle, pour la rendre plus saillante encore, et il l'enlève le plus complètement possible à l'aide de petits ciseaux courbes sur leur plat. Si le kyste s'est ouvert pendant l'opération on a la précaution d'en enlever le plus qu'on peut ; il est prudent, dans ce cas d'en cautériser la face interne, afin d'éviter la reproduction de la maladie, bien que cette reproduction soit très-rare ; on lave ensuite l'œil avec un liquide adoucissant, on replace la paupière dans sa position naturelle, et sans autre pansement que des soins de propreté, on trouve la cicatrisation opérée au bout de trois ou quatre jours.

Cette méthode d'extirper les kystes des paupières par la face interne de ces voiles membraneux, qui a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice visible, est applicable à presque tous les cas. Ce n'est, en général, que lorsque la tumeur est située près des commissures des paupières, ce qui ne permet pas de les renverser, qu'il faut l'attaquer par l'extérieur. Cependant, lorsque le kyste, quel que soit son siége, est plus superficiel extérieure-

ment qu'intérieurement, on doit encore opérer en dehors. On extirpe alors le kyste de la même manière à peu près qu'il a été dit ci-dessus, ou, si on ne le peut, on se contente de l'inciser jusqu'à son centre, comme le fait M. Demours; et, après l'avoir vidé, on cautérise sa face interne. On peut encore très-souvent se dispenser d'avoir recours à l'extirpation du kyste, lorsque la tumeur est récente et peu volumineuse. Il suffit, en effet, dans ces circonstances, d'inciser la poche, de cautériser sa face interne, au moyen d'une pierre infernale taillée en pointe, pour en déterminer l'exfoliation. Enfin, c'est surtout contre ces sortes de tumeurs que M. Demours emploie avec succès le *séton métallique*, qui consiste, ainsi que cela a été dit, en une grande aiguille dont on traverse le kyste suivant son grand diamètre, et qu'on y laisse séjourner jusqu'à guérison. La matière du kyste s'écoule peu à peu par les ouvertures faites par l'aiguille, la poche s'affaise graduellement et finit par disparaître.

### Des kystes de l'orbite.

Des tumeurs de la même espèce que celles que nous venons de décrire se développent quelquefois dans le tissu cellulaire de l'orbite; elles acquièrent toutefois un volume beaucoup plus considérable, et arrivent souvent à la grosseur d'un œuf de pigeon. La matière qu'elles renferment est tantôt purulente et tantôt séreuse, quelquefois semblable à du blanc d'œuf, et d'autres fois c'est un liquide qui tient en suspension une matière comme argileuse; la poche est quelquefois séparée en deux loges par une cloison.

Le siége ordinaire de ces kystes est au dessous du globe de l'œil, dans le tissu cellulaire qui tapisse la face inférieure de l'orbite; quelquefois cependant ils se développent sur les côtés. A mesure qu'ils acquièrent de l'accroissement, ils poussent la paupière inférieure en avant et en bas sur la joue, et si leur volume devient considérable, ils soulèvent peu à peu le globe de l'œil vers la paupière supérieure, ou le chassent à droite ou à gauche, selon qu'ils sont placés en bas ou sur les côtés; et quelquefois le font sortir complètement de l'orbite. Il est digne de remarque que, malgré la position vicieuse de l'œil, son immobilité et la distension qu'éprouve nécessairement le nerf optique, la faculté de voir se conserve souvent, et reprend toute son activité après l'extirpation du kyste et la rentrée de l'œil dans sa cavité.

La difformité n'est pas le seul inconvénient qu'entraînent ces tumeurs cystiques : les troubles de la vision, et principalement la vue double; l'écoulement continuel des larmes sur la joue, des douleurs vives au fond de l'orbite et dans la tête, des ophthalmies sans cesse répétées, l'accompagnent et rendent les secours de l'art indispensables et urgens.

L'extirpation du kyste est ici le seul remède efficace. Pour la pratiquer, on place le malade assis sur une chaise, et sa tête est fixée sur la poitrine d'un aide; le chirurgien tend transversalement la paupière inférieure à l'aide du pouce et de l'indicateur d'une main, et de l'autre armée d'un petit bistouri convexe, il incise cette membrane et le muscle orbiculaire dans la direction des fibres de ce muscle, en ayant le soin de prolonger son incision au-delà des limites apparentes de la tumeur, afin de se ménager la facilité de pouvoir la saisir sans effort. Cela fait, il dissèque la tumeur le plus profondément qu'il lui est possible, puis il la saisit par un de ses côtés avec une érigne simple ou double, la tire doucement à lui, et achève de la séparer de toutes les parties auxquelles elle adhère, avec la pointe du bistouri ou avec de petits ciseaux. On ne doit pas craindre, en disséquant la tumeur à sa partie supérieure, d'intéresser la conjonctive, qui de la paupière inférieure se porte au globe de l'œil; car cette membrane, entraînée en haut par la déviation de cet organe, se trouve placée presque verticalement, et par conséquent hors des atteintes du bistouri. Portant ensuite le doigt au fond de la cavité qui résulte de l'ablation du kyste, l'opérateur s'assure s'il n'en reste pas quelques portions dures et coriaces, ainsi que cela arrive quelquefois; et si cela est, il les extrait avec l'érigne ou ses ciseaux. On doit apporter la plus grande attention à ne pas ouvrir le kyste pendant l'opération; et lorsqu'on n'a pu éviter cet accident, il faut chercher à extraire toutes les portions de la poche par une dissection attentive et délicate. L'opération achevée, le pansement consiste tout simplement à remplir mollement de charpie la cavité nouvelle.

Des symptômes graves sont ordinairement la suite de l'extirpation de ces kystes; des douleurs violentes se font sentir dans l'orbite et dans la tête; les paupières s'enflamment, et l'inflammation s'étend quelquefois à toute la face et au cou; le pouls s'accélère, la soif se fait sentir et l'appétit disparaît; jamais il ne survient d'hémorrhagie grave. On combat ces accidens par des saignées générales, des topiques émolliens et narcotiques, et par une diète sévère. On ne lève ordinairement le premier appareil qu'au bout de quatre à cinq jours, lorsque la suppuration commence à s'établir, à moins cependant qu'on n'ait la certitude que des caillots de sang se sont accumulés dans la cavité qu'occupait le kyste et entretiennent les accidens, auquel cas il faut lever l'appareil sur-le-champ et donner issue à ce sang épanché. Les pansemens subséquens se font en introduisant dans la plaie une petite mèche de charpie, que l'on porte de moins en moins profondément, et dont le but est de s'opposer à la cicatrisation de la plaie extérieure avant que la cavité morbide soit effacée. La guérison est ordinairement complète au bout d'un mois à cinq semaines.

L'œil reprend quelquefois spontanément sa place naturelle, mais dans le plus grand nombre des cas, il garde la position vicieuse que lui a donnée la maladie. Il faut donc s'occuper de bonne heure de le replacer et de le maintenir dans la cavité de l'orbite. On y parvient au moyen d'une compression modérée, exercée sur lui avec quelques compresses graduées et une bande, et que l'on commence à pratiquer dès que les premiers symptômes inflammatoires sont dissipés. L'instrument imaginé par Hope pour faire cette compression est tout-à-fait inutile.

Il arrive souvent qu'après la guérison, la portion de conjonctive qui se porte de la paupière

inférieure au globe de l'œil, et qui a été allongée pendant l'existence de la tumeur, fait saillie entre cette même paupière et l'œil. Il faut se hâter de faire reprendre à cette membrane ses dimensions naturelles, au moyen de collyres rendus astringens par la présence du sulfate d'alumine et de potasse; sinon il n'est bientôt plus possible de guérir cette difformité que par l'excision de la portion de membrane qui fait saillie.

### Des kystes des grandes lèvres.

Il n'est pas rare d'observer des kystes développés dans l'épaisseur des grandes lèvres; ils s'ouvrent quelquefois d'eux-mêmes, et donnent lieu à un suintement incommode, et qui ne se tarit pas si l'art n'intervient. C'est encore à l'extirpation qu'il faut avoir recours pour débarrasser les malades; cette opération est ici des plus simples, mais on doit être averti qu'elle est ordinairement suivie d'une hémorrhagie en nappe souvent très-considérable, et qu'on ne peut arrêter que par l'application d'un fer rouge.

### Des kystes des gaînes des tendons et des aponévroses.

On désigne communément les kystes des gaînes des tendons et des aponévroses par le nom de *ganglions;* cette dénomination nous paraît peu convenable; nous l'emploierons cependant, puisqu'elle est consacrée par l'usage. Ces tumeurs sont ordinairement arrondies, un peu déprimées, mobiles, élastiques, indolentes ou à peu près, fluctuantes, et sans changement de couleur à la peau. Leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. On les observe le plus ordinairement sur le dos de la main et au poignet, à la face dorsale du pied, et principalement sur le tendon du long extenseur du gros orteil, au devant de la rotule, au jarret, en dehors et en dedans des tubérosités du tibia, au niveau de l'olécrâne. M. J. Cloquet en a vu aussi au-dessus de l'acromion, sur la tubérosité de l'ischion, et en dehors du grand trochanter.

Les coups, les chutes, les pressions et les frottemens répétés sont les causes ordinaires des ganglions, bien qu'il ne soit pas rare de les voir se développer sans cause appréciable. L'habitude de se tenir à genoux produit assez souvent ceux qui occupent la partie antérieure de la rotule, de même que les chaussures trop étroites provoquent ordinairement le développement de ceux de la face dorsale du pied. Leur accroissement est presque toujours très-lent; ils restent souvent stationnaires pendant de nombreuses années.

La matière que contiennent les ganglions est le plus communément semblable au blanc d'œuf; mais quelquefois on y rencontre une sorte de gelée rougeâtre et épaisse, et d'autres fois une sérosité très-limpide. Enfin, on trouve parfois, dans le liquide qui les remplit, des petits corps blancs, libres et isolés, élastiques, aplatis, arrondis ou oblongs, de grosseur variable, depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une lentille, et qui ressemblent à des concrétions fibro-cartilagineuses. M. Cruveilhier rapporte plusieurs exemples intéressans de ces derniers kystes, observés à la clinique de M. Dupuytren, qui le premier les a fait connaître, et regarde les corps qu'ils renferment comme une espèce particulière d'hydatides (1).

Aux caractères que nous avons tracés, il est facile de reconnaître les *ganglions*, et d'éviter de les confondre avec d'autres tumeurs. Ceux qui se développent dans la gaîne synoviale des muscles fléchisseurs des doigts ou dans celle des extenseurs des orteils, sont ordinairement partagés par le ligament annulaire, en deux poches qui commmuniquent entre elles; on fait aisément passer une partie du liquide de l'une dans l'autre, et s'il s'y trouve de ces petits corps blancs dont nous venons de parler, et qu'on n'a encore rencontrés que dans des kystes ainsi partagés en deux parties par les ligamens annulaires du carpe et du tarse, on sent manifestement un bruissement qui décèle leur présence. Quel que soit leur siége, ils se bornent en général à produire de la difformité et à occasioner de la gêne dans les mouvemens; c'est aux pieds qu'ils sont le plus incommodes, parce qu'ils y sont continuellement irrités par la chaussure. Lorsqu'ils sont volumineux cependant, ils provoquent quelquefois de la douleur; il n'est pas besoin d'ajouter qu'ils gênent bien davantage les mouvemens de la partie qu'ils occupent.

Tous les moyens dont nous avons parlé en traitant des kystes en général, résolutifs, compression, rupture, séton, ponction, extirpation, etc., ont été et sont souvent encore employés contre les ganglions. On a recours quelquefois avec succès aux résolutifs, tels que les frictions mercurielles, celles de pommade d'iode, les linimens volatils, l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, les décoctions de tan, de noix de galle, l'huile d'origan, etc. Mais si l'on guérit par ces moyens, il arrive souvent que la maladie se reproduit aussitôt qu'on les abandonne. La compression permanente, à l'aide d'une bande si le ganglion occupe un doigt, à l'aide d'une plaque de plomb dans tout autre siége, a quelquefois suffi seule pour guérir cette maladie; mais il vaut toujours mieux la combiner, avec l'emploi des résolutifs.

La rupture du kyste est un des moyens de guérison auxquels on a le plus fréquemment recours, principalement lorsque le ganglion occupe la face dorsale de la main. On la pratique, en appliquant sur la tumeur un cachet garni de linge ou une pièce de monnaie enveloppée d'un mouchoir, et en appuyant fortement. Un moyen beaucoup plus simple consiste à embrasser la partie malade avec les deux mains, et à écraser la tumeur avec les pouces appliqués dessus. Un craquement particulier indique que la rupture du kyste est opérée; le liquide qu'il contenait se répand dans le tissu cellulaire, d'où il est absorbé; les parois du kyste s'enflamment, adhèrent entre elles, et la guérison ne tarde pas à être complète. Quelquefois cependant la maladie se reproduit.

Nous ne parlerons du séton que pour dire qu'il doit être rejeté du traitement de cette maladie; de la ponction avec un trocart, que pour dire qu'elle

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique,* tom. 1, pag. 306 et suivantes.

est inutile; et des moyens irritans propres à enflammer la tumeur, que pour ajouter qu'ils restent sans effet ou produisent des accidens. L'extirpation, quand elle est praticable et lorsque le mal a résisté aux moyens précédens, est encore ici le moyen le plus sûr de guérison. On la pratique d'après les règles que nous avons déjà exposées tant de fois, c'est-à-dire en incisant la peau, disséquant le kyste, et l'enlevant en entier, autant que faire se peut.

Aucun de ces moyens n'est applicable aux kystes renfermant des corps blancs. L'extirpation, qui les détruirait infailliblement, est impraticable. On ne peut donc chercher à obtenir la guérison que par l'évacuation des corps étrangers; et il faut presque toujours alors inciser le kyste à la fois au-dessous et au-dessus du ligament annulaire, et quelquefois même passer un séton dans les deux ouvertures. Une inflammation violente se développe toujours après l'ouverture du kyste; on a vu même la mort être la suite de cette opération, faite cependant avec toute la dextérité possible. On ne doit donc la pratiquer, en pareille circonstance, que lorsque la tumeur est tellement gênante qu'elle prive entièrement le malade de l'usage de la main.

### Des kystes des ovaires.

Les kystes ou tumeurs enkystées des ovaires sont assez fréquens. Un seul de ces organes en est ordinairement affecté: il n'est pas très-rare d'en observer dans les deux à la fois.

*Causes.* Il n'est pas toujours possible de remonter à la cause du développement de ces kystes; toutefois, il est plus ordinaire de les voir se développer à la suite de fausses couches, d'accouchemens laborieux, de métrite, et d'inflammation des ovaires eux-mêmes. On les voit souvent aussi survenir après la cessation du flux menstruel: c'est de trente à cinquante ans que les femmes en sont le plus communément affectées; on en a cependant observé des exemples sur des jeunes filles avant l'âge de la puberté.

*Symptômes*, *marche*, *terminaisons*, *pronostic*, etc. Ces kystes existent tantôt dans des ovaires sains et tantôt dans des ovaires désorganisés. Dans le premier cas, aucun symptôme n'en révèle l'origine ni le développement; dans le second, au contraire, leur formation est presque toujours précédée de douleurs plus ou moins vives dans l'organe malade, et quelquefois des autres symptômes de l'ovarite. Il faut convenir toutefois que le diagnostic en est toujours obscur tant que la tumeur n'a pas acquis un certain volume.

Mobile dans l'abdomen dans les premiers temps de son développement, le kyste se porte du côté sur lequel la femme se couche; il forme une tumeur arrondie ou ovoïde, lisse ou bosselée, circonscrite, indolente ou peu douloureuse, que l'on sent manifestement à travers les parois de l'abdomen; mais pendant long-temps il reste impossible de distinguer si cette tumeur est un squirrhe ou un kyste. Ce n'est que lorsqu'il a acquis un développement assez considérable pour commencer à distendre les parois abdominales, que la fluctuation devenant appréciable, il est permis de diagnostiquer la présence d'un kyste; encore, quand la poche est épaisse ou la matière contenue de quelque consistance, est-il très-difficile de porter un diagnostic précis. Un peu de gêne, un peu de pesanteur dans la fosse iliaque, la sensation d'un corps qui se déplace dans les divers mouvemens, et quelquefois de la douleur, sont d'abord les seuls symptômes que la malade éprouve; plus tard, à mesure que le kyste grossit, ces symptômes augmentent, et il s'y joint la distension des parois abdominales; enfin, quand il a acquis un développement considérable, les malades éprouvent des tiraillemens dans les aines, des troubles de la digestion dépendant de la compression exercée par la tumeur sur l'estomac et les intestins, et enfin une gêne plus ou moins forte de la respiration produite par le refoulement en haut du diaphragme. Le développement de ces kystes, s'il se fait lentement, ce qui est le plus ordinaire, n'influe en rien sur les autres fonctions: s'il est rapide, au contraire, une réaction sympathique a lieu sur les principaux organes, et la malade peut périr promptement.

Mais il est rare que ces kystes se développent rapidement, en général ils mettent plusieurs années à s'accroître; quelques uns, parvenus à un certain degré de développement, restent stationnaires, tandis que d'autres s'accroissent sans cesse. On peut quelquefois confondre cette maladie avec l'ascite, l'hydropisie de la trompe, celle de l'utérus, et la grossesse. Ce n'est qu'en s'éclairant par tous les signes commémoratifs, en se rappelant le mode de développement de la tumeur, qui s'est opéré d'un côté à l'autre, et en les comparant aux signes et au mode de développement des autres affections que nous venons de citer, qu'il est souvent possible d'éviter l'erreur. Ces kystes entraînent rarement quelque danger, bien qu'ils constituent en général une maladie incurable; on a vu des femmes porter ces tumeurs, sans inconvénient, pendant trente, quarante et même cinquante ans. Toutefois cette innocuité n'est bien réelle que pour les kistes que n'accompagne aucune désorganisation de l'ovaire; car ceux qui coexistent avec l'inflammation, le squirrhe de l'organe, l'épaississement considérable, ou la suppuration de leurs parois, peuvent devenir assez rapidement mortels.

*Caractères anatomiques.* On trouve souvent à l'ouverture des cadavres de femmes qui succombent à d'autres maladies que celle qui nous occupe, de petits kystes de l'ovaire sans altération de l'organe, et dont rien n'avait annoncé l'existence pendant la vie. Une membrane séreuse à l'intérieur, une membrane celluleuse à l'extérieur, recouverte par le péritoine, forme alors les parois de ces kystes dans les kystes séreux ordinaires, tels sont ordinairement les caractères anatomiques de la poche. Mais lorsque les kystes sont très-anciens la membrane extérieure est ordinairement fibreuse, et souvent formée de plusieurs feuillets superposés. Quelquefois des cloisons séparent l'intérieur du kyste en plusieurs loges, mais le plus ordinairement ceux qui ne sont que séreux n'ont qu'une cavité. Dans quelques cas, la membrane interne du kyste a l'aspect d'une membrane muqueuse; cela n'arrive que lorsque l'inflammation s'en est emparée, aussi trouve-t-on alors du pus dans sa cavité. Le liquide

que renferment ces kystes est variable; dans les kystes très-volumineux on ne rencontre ordinairement que de la sérosité limpide, claire ou citrine; dans ceux qui ont acquis peu de développement, on peut encore ne trouver que cette sérosité, mais ils contiennent souvent, soit une liqueur gélatineuse, soit une matière semblable à du miel, tantôt une matière crémeuse, et tantôt une substance comparable au suif, en un mot, toutes les matières que l'on a coutume de rencontrer dans les diverses espèces de kystes. Ces matières sont quelquefois contenues dans plusieurs loges ou dans plusieurs kystes adossés. Nous parlerons des désordres qu'offre quelquefois l'ovaire, quand nous traiterons des désorganisations.

*Traitement.* Dans les kystes de l'ovaire, plus encore peut-être que dans tous les autres kystes, les résolutifs et les fondans de toute espèce, tant extérieurs qu'internes, restent communément sans effet. On cite pourtant quelques observations de guérisons obtenues par leur emploi, mais ces exemples sont rares. Ce n'est pas une raison cependant pour négliger d'y avoir recours, et il se pourrait qu'en y joignant les évacuations sanguines locales, on en obtînt plus fréquemment de bons effets. Ces résolutifs, ces fondans, ont déjà été indiqués plusieurs fois dans le cours des chapitres précédens.

La ponction a aussi été employée avec quelque succès. Il est probable qu'on en retirerait de plus grands avantages qu'on ne l'a fait jusqu'ici, s'il était possible de distinguer à l'avance les kystes qui sont accompagnés de désorganisation de l'ovaire, de ceux dans lesquels l'organe est resté sain; on éviterait alors de la pratiquer dans les cas de désorganisation, où elle ne peut qu'être inutile. Il ne serait pas moins avantageux de posséder des moyens de reconnaître à l'avance la nature du liquide renfermé dans le kyste, car lorsque ce liquide est trouble, purulent, altéré, en un mot, il n'est guère possible de se promettre de bons effets de son évacuation, les parois du kyste étant ordinairement elles-mêmes altérées. Bornée de la sorte dans son emploi aux seuls kystes séreux, sans altération du liquide contenu, et sans désorganisation de l'ovaire, la ponction compterait probablement de plus nombreux succès. Mais comment déterminer ces circonstances? Et d'ailleurs, il ne faut pas se le dissimuler, pratiquée dans les conditions les plus favorables, elle est presque toujours suivie d'une prompte reproduction du liquide; une nouvelle opération devient bientôt nécessaire, et plus on la répète, plus les époques auxquelles il faut y revenir se rapprochent. Ajoutons que, dans quelques cas, elle donne lieu à une inflammation des plus violentes et rapidement mortelle.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la ponction est un moyen très-souvent infidèle et quelquefois dangereux. Une circonstance nous reste à noter, qui en augmente encore les chances défavorables, c'est celle dans laquelle le kyste se trouve partagé en plusieurs loges; on sent aisément tout ce que ce cas doit offrir de difficulté. Cependant, malgré tous ces inconvéniens, la ponction est encore le moyen le plus généralement et le plus fréquemment employé contre les kystes de l'ovaire. On a cherché à en diminuer les désavantages par plusieurs moyens secondaires. Ainsi, pour s'opposer à la reproduction de la sérosité, on a conseillé et pratiqué l'injection d'un liquide irritant dans la cavité du kyste, afin d'en enflammer les parois et de provoquer leur adhérence; on a, dans le même but, laissé une sonde de gomme élastique pendant quelques jours dans la cavité. Des succès et des revers ont suivi cette pratique. Toujours dans la même intention, le séton passé à travers la poche a été conseillé, mais il ne paraît pas qu'on l'ait mis en usage. Pour remédier à l'inconvénient qui résulte de la séparation du kyste en plusieurs loges, on conseille généralement de porter un bistouri sur la canule du trocart, et de pratiquer une incision qui puisse réunir toutes les cellules; on le conseille encore dans les cas où le liquide est trop épais pour sortir par la canule.

L'incision, au reste, a été proposée comme méthode de traitement des kystes de l'ovaire par Ledran, et pratiquée par lui et par d'autres opérateurs, avec des succès variés, mais très-rarement complets. On a vu la maladie récidiver comme après la ponction; on a vu des malades conserver des fistules qui, plus tard, ont amené la mort; d'autres succomber à l'épuisement résultant de l'abondance de la suppuration, quelques jours après avoir été opérées; plusieurs périr dans les premiers jours par l'effet de l'inflammation violente qui s'était emparée de toutes les parties voisines, et un très-petit nombre guérir, et souvent encore après avoir couru les plus grands dangers. Cette méthode est donc dangereuse, ce qui n'est pas cependant un motif pour la proscrire dans tous les cas: *Melius remedium anceps quàm nullum.* On est généralement d'accord qu'il faut la réserver pour les cas de kystes multiloculaires, pour ceux dans lesquels la matière est trop épaisse pour sortir par la canule du trois-quarts, et enfin pour ceux danr lesquels cette matière est purulente; d'où il est facile de conclure qu'on doit toujours la faire précéder par une ponction pour reconnaître la nature du liquide. Il est une précaution qu'il faut toujours prendre lorsqu'on s'est décidé à pratiquer cette opération, c'est de laisser une large canule dans la plaie afin d'empêcher qu'elle ne se cicatrise à l'extérieur avant que la tumeur ne soit oblitérée.

Enfin, Delaporte et Morand ont renouvelé le conseil de pratiquer l'ablation de kystes de l'ovaire, lorsqu'ils sont peu volumineux et accompagnés du squirrhe de cet organe. Des opérateurs ont été assez hardis pour tenter cette dangereuse opération; et on lit, dans le cahier de janvier 1823 des *Archives générales de médecine*, l'observation d'une opération de ce genre, faite par M. Nathan Smith avec le plus grand succès. Mais peu de chirurgiens seront tentés de l'imiter. Il y a plus que de l'imprudence à faire courir à ses malades les chances d'une mort prompte et presque certaine, pour les débarrasser d'une maladie, incommode il est vrai, mais avec laquelle elles peuvent vivre sans trop de souffrances, et souvent pendant de nombreuses années.

# ORDRE SEPTIÈME.

## ENTOZOAIRES.

### Des entozoaires en général.

Sous l'influence de causes qui ne sont pas bien appréciées, dans des circonstances qu'il est difficile de préciser, et par des voies obscures de formation, il se développe, dans toutes les parties du corps de l'homme et des animaux, des êtres doués de la vie, qui se nourrissent et s'accroissent en parasites aux dépens de l'individu au sein duquel ils ont pris naissance, s'y produisent et s'y multiplient, et deviennent pour lui la source de maladies qui peuvent entraîner sa perte : ces animaux ont reçu le nom d'*entozoaires*. Les espèces en sont assez nombreuses, mais leur classification ne saurait nous occuper ; nous laissons ce soin aux helminthologues et aux naturalistes, et nous nous contenterons d'en traiter successivement sous les titres de vers non intestinaux et de vers intestinaux (1).

Les causes de la naissance de ces animaux au milieu de nos organes sont pour la plupart inconnues ou obscures ; leur mode de développement est plus mystérieux encore. Deux opinions partagent les helminthologues sur ce dernier point ; les uns prétendent que tous les vers que l'on observe chez l'homme se trouvent aussi sur la terre ou dans l'eau, et qu'ils s'introduisent dans nos organes à l'état de ver, de germe ou d'œuf, soit par l'air, soit par les alimens, soit enfin par les boissons ; les autres pensent que ces animaux se forment spontanément dans nos tissus, sous l'influence de conditions qui ne sont pas encore bien connues, comme on voit les moisissures, les champignons, les infusoires, etc., s'organiser sans être nécessairement produits par des corps semblables à eux.

La première de ces opinions ne nous paraît pas fondée. Bremser nous semble avoir très-bien prouvé qu'on ne retrouve ni dans la terre ni dans l'eau les vers qui se rencontrent chez l'homme. Que si l'on prétendait qu'ils se transmettent d'un animal à l'autre, outre la difficulté de tracer les voies de cette transmission, il resterait toujours à expliquer le mode d'origine des vers qui sont particuliers à une espèce. On est d'ailleurs obligé d'accumuler tant d'hypothèses pour faire voyager les germes ou les œufs de plusieurs entozoaires ; il faut une telle dose de crédulité pour admettre que ces germes ou ces animaux eux-mêmes ont pu subir l'action digestive de l'estomac sans être altérés, puis être absorbés, portés avec le chyle dans le torrent circulatoire, charriés avec le sang sur tous nos organes, en conservant leur faculté de naître ou de continuer à vivre, et qu'ils ont pu ensuite se développer dans l'épaisseur du foie, dans la cavité du tympan, dans une des chambres de l'œil, que nous ne concevons pas qu'une pareille opinion trouve encore des défenseurs. Tout vient au contraire à l'appui de l'opinion qui enseigne que ces animaux naissent spontanément dans le corps de celui au sein duquel on les rencontre. L'analogie, qui nous montre les animalcules du sperme, les cirons, les poux, etc., se formant d'une manière évidemment spontanée ; les expériences, qui font naître à volonté les infusoires et d'autres animalcules ; l'observation qui nous permet de suivre la gradation presque insensible par laquelle s'organisent les différentes productions morbides, depuis la simple végétation jusqu'aux vers, et enfin le raisonnement, qui lie sans effort ces faits les uns aux autres, et de l'intelligence des premiers s'élève aisément, et comme d'échelon en échelon, à l'intelligence des derniers. C'est donc cette dernière opinion que nous adoptons ; mais on sent que, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, nous ne pouvons lui donner plus de développement.

Les symptômes qui annoncent la présence des entozoaires en général dans le corps humain sont des plus obscurs ; ils consistent presque uniquement dans ceux de l'irritation de l'organe où ces êtres existent, et ils n'ont presque jamais rien de spécial. Ainsi le diagnostic est-il souvent très-difficile, et on ne parvient ordinairement à reconnaître la présence de ces animaux dans un organe que par la sortie de quelques-uns. Nous verrons cependant que parfois il se manifeste quelques symptômes particuliers, à l'aide desquels on peut en annoncer la présence. Le pronostic des maladies qui en résultent varie suivant les organes affectés ; le traitement diffère selon l'espèce d'entozoaires et le siége qu'ils occupent ; l'un et l'autre ne pourront être exposés que dans les spécialités.

### Des vers non intestinaux.

Il peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, se développer des entozoaires dans toutes les parties du corps ; les espèces mêmes en sont assez nombreuses. Nous ne nous arrêterons pas à leur classification, pour laquelle nous renvoyons encore à l'ouvrage de Bremser, et à l'appendice, par M. de Blainville, qui le termine ; nous ne décrirons même pas tous ceux dont il est question dans ces auteurs ; nous ne nous attacherons qu'aux principaux, qui sont : les *hydatides*, le *dragonneau*, le *strongle*, et le *dystôme*.

### Des hydatides.

On donne le nom d'hydatides à des vers vésiculaires remplis d'eau, avec ou sans tête, munis ou non de suçoirs, armés ou dépourvus de crochets, que l'on trouve renfermés en plus ou moins grand nombre dans un kyste commun, au milieu duquel ils sont libres, lequel kyste s'est lui-même développé dans un organe auquel il adhère. Les natu-

(1) Nous engageons ceux de nos lecteurs qui désireraient acquérir des connaissances plus étendues sur les entozoaires, à lire l'excellent ouvrage intitulé : *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme*, par Bremser, D.-M. ; traduit de l'allemand, par M. Grundler, D.-M.-P., et enrichi de notes par M. de Blainville. C'est le meilleur livre que la science possède sur cette matière.

ralistes et les médecins admettent aujourdhui cinq genres d'hydatides : les *cysticerques*, les *polycéphales*, les *dytrachycéros*, les *échynocoques* et les *acéphalocystes*.

Les caractères de *cysticerques* sont d'avoir un corps presque cylindrique ou légèrement déprimé, ridé, terminé d'une part par une vésicule caudale, et de l'autre par une tête garnie à sa base de quatre suçoirs; ceux des *polycéphales* sont un corps cylindrique, allongé, ridé, terminé par une vessie caudale commune à plusieurs individus, et ayant une tête garnie de quatre suçoirs, et deux couronnes de crochets; ceux des *ditrachycéros* sont un corps ovale, aplati, terminé en pointe postérieurement, et muni antérieurement d'une corne bifurquée et rugueuse; ceux des *échinocoques* sont d'avoir une seule vessie caudale commune à plusieurs individus, comme les polycéphales, mais d'être sans suçoir, et de ne porter qu'une seule couronne de crochets; enfin, les caractères des *acéphalocystes* sont de consister en une simple vessie sans corps ni tête distincts (1). Presque tous les genres renferment des espèces; nous renvoyons aux ouvrages d'helminthologie pour de plus grands détails. On n'est d'ailleurs pas encore bien d'accord sur les classifications des hydatides : heureusement que cela importe fort peu à notre objet ; aussi passons-nous de suite à l'histoire pathologique de ces animaux.

La cause ordinaire du développement des hydatides est l'irritation de l'organe même au sein duquel on les rencontre ; mais ici, comme pour toutes les productions morbides, une difficulté se présente : pourquoi les hydatides sont-elles si rares quand l'irritation des organes est si fréquente? Il nous manque évidemment quelques données pour la solution de ce problème.

On a trouvé des hydatides dans toutes les parties du corps, dans les muscles, les os, le tissu cellulaire, les poumons, le foie, la rate, les reins, l'utérus, le cerveau, la moelle épinière, etc. Le fait le plus intéressant que nous connaissions d'hydatides développées dans la moelle épinière, a été consignée par M. Mélier, dans le *Recueil périodique* des travaux de la Société de médecine de Paris, juillet 1825 ; la compression de la moelle et la paralysie en furent les effets. Mais, en général, les hydatides ne s'annoncent nulle part par des symptômes spéciaux : quelques signes obcurs d'irritation de l'organe dans lequel elles se sont développées, une tumeur plus ou moins considérable, et plus ou moins apparente à l'extérieur, suivant la position de l'organe, de la fluctuation survenant dans cette tumeur, tels sont les uniques symptômes qui les accompagnent. On voit qu'aucun d'eux n'est caractéristique, qu'ils peuvent tous appartenir à d'autres affections, et que par conséquent le diagnostic des hydatides est enveloppé des plus épaisses ténèbres. On ne reconnaît, en général, leur présence dans un organe, que lorsque quelques unes d'entre elles sortent spontanément du kyste qui les renferme, et sont rejetées au dehors, ou lorsque l'art vient à leur donner une issue. Hors ces cas, ce n'est presque jamais que sur les cadavres qu'on apprend leur existence.

Une indication en apparence toute naturelle s'est présentée à tous les praticiens qui ont observé des tumeurs hydatidiques, sans qu'ils en soupçonnasent la nature : cette indication a été de pratiquer une ponction. Mais l'expérience est venue démontrer que cette opération n'était presque jamais suivie de succès, et que presque toujours, au contraire, elle hâtait la mort du malade.

Nous ne ferons pas l'histoire des hydatiques dans tous les organes où elles peuvent se rencontrer ; ce que nous venons de dire s'applique à presque tous les cas. Nous nous bornerons donc à quelques considérations sur les hydatides du tissu cellulaire, des poumons, du foie, et de l'utérus.

### Des hydatides du tissu cellulaire.

On trouve fréquemment dans le tissu cellulaire du cochon, des hydatides plus ou moins nombreuses connues sous le nom de *cysticerques*. Ces mêmes hydatides se renecontrent aussi chez l'homme ; on en a vu dans le plexus choroïde, dans les muscles, etc. Mais comme on ne connaît ni les causes de leur développement, ni les symptômes qui les accompagnent, ni le traitement qui leur convient, on pense bien que ce n'est pas de ces vers que nous voulons entretenir nos lecteurs. Nous voulons appeler leur attention sur certains abcès hydatidiques dont nous n'avons trouvé nulle part de description générale.

Ces abcès ont tous les caractères des abcès froids ; comme eux ils se développent lentement, sans inflammation appréciable, sans changement de couleur à la peau dans les commencemens ; mais plus tard cette membrane devient bleuâtre, vergetée, comme l'apparence scorbutique ; ils ne causent que peu ou point de douleur. M. Mélier nous a communiqué un fait intéressant d'un abcès de ce genre développé à la région lombaire, qu'il a recueilli à la clinique de M. Dupuytren. Malgré le siége de ce dépôt, et quelques symptômes qui pouvaient le faire prendre pour un abcès par congestion, M. Dupuytren reconnut qu'il était idiopathique ; il en pratiqua l'ouverture avec un bistouri à lame étroite, donna issue à une assez grande quantité de pus grisâtre, et s'opposa à l'entrée de l'air par une emplâtre de diachylum. Au pansement qui suivit cette opération, il sortit six hydatides déchirées qui pouvaient avoir eu la grosseur d'un œuf de pigeon; il en sortit jusqu'à une quarantaine aux pansemens suivans. Le malade a parfaitement guéri après avoir éprouvé quelques simptômes d'inflammation locale, accompagnés de réaction. La communication de ce fait nous en a rappelé un analogue. Une dame nous a consulté pour une tumeur qu'elle portait à la cuisse; cette tumeur, fluctuante, paraissait avoir son siége sous l'aponévrose; la peau qui la recouvrait était bleuâtre ; plusieurs médecins de la capitale avaient nommé cette affection un *dépôt froid scorbutique*. Nous l'avions déjà diminuée de moi-

(1) Voyez l'excellent article *Acéphalocystes* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. le professeur Cruveilhier.

tié de son volume, et nous avions en grande partie fait disparaître la teinte bleuâtre de la peau par des cataplasmes émolliens et des applications de sangsues, quand un point très-circonscrit d'inflammation se manifesta à deux pouces au-dessous de la tumeur; une petite ouverture en fut la suite, et elle donna issue à un liquide jaunâtre, un peu visqueux, comparable à la synovie. De temps en temps la sortie de ce liquide était arrêtée par des petits corps blanchâtres, membraneux, qui venaient boucher l'ouverture fistuleuse; la malade les extrayait elle-même, et le liquide continuait ensuite à couler. La tumeur s'est un peu enflammée; elle a fini par disparaître entièrement, et l'ouverture fistuleuse s'est cicatrisée d'elle-même. Il est très-probable que ces membranes blanchâtres qui sortaient par la plaie étaient des hydatides déchirées; mais nous avouons que cela ne nous vint pas à l'idée, et que nous n'avons pas même eu la pensée de nous en faire garder quelques unes par la malade pour les examiner.

La conduite de M. Dupuytren est celle qu'il faudrait tenir en pareil cas.

### Des hydatides des poumons.

On trouve dans les auteurs des exemples assez nombreux d'hydatides (*acéphalocystes*) dans les poumons; cependant c'est peut-être encore la plus rare de toutes les maladies de ces organes. M. Cruveilhier en a rassemblé quelques observations intéressantes (1); Laënnec en rapporte aussi un cas très-remarquable (2) : l'un et l'autre rappellent les faits principaux que l'on trouve dans les auteurs.

Aucun symptôme spécial ne décèle la présence de ces vers vésiculaires. Les malades éprouvent une toux sèche et opiniâtre, et une dyspnée considérable, et il existe un son mat dans le lieu qu'occupe la masse hydatique; mais on voit que ces signes n'ont rien qui n'appartienne à la plupart des affections pectorales. Quelquefois, après des efforts de toux, quelques hydatides entourées de mucus sanguinolent sont rejetées par l'expectoration; il est probable qu'alors le cylindre ferait reconnaître une caverne dans le tissu du poumon, ce qui n'ajouterait au reste rien au diagnostic. Il paraît que dans le plus grand nombre des cas, ce n'est pas par l'expectoration que sont rejetées les hydatides; il se forme plus communément une tumeur qui vient se prononcer à l'extérieur, soit sur les parois même du thorax, soit et plus ordinairement, à l'épigastre, à l'ombilic, ou dans la région du foie. Cette tumeur se ramollit, devient fluctuante, sans que la peau éprouve la moindre altération; l'inflammation s'en empare, elle s'ouvre, et donne issue chaque jour à une partie des acéphalocystes qu'elle contient. Il n'est pas rare de voir la mort suivre rapidement l'ouverture spontanée de ces tumeurs; aussi est-il de règle de ne jamais les ouvrir. Cependant quelques guérisons ayant eu lieu, il serait très-avantageux de pouvoir préciser les cas où l'on pourrait opérer sans danger. Cette affection est toujours très-grave.

On ne possède que peu de données sur le traitement des hydatides du poumon. On dit cependant que le sel marin jouit de quelque efficacité contre cette maladie; ce qui se passe chez les moutons atteints de la *pourriture* et du *tournis*, maladies qui sont dues, la première, à la présence d'hydatides dans le foie et les autres organes abdominaux, la seconde, à l'existence de ces mêmes vers dans le cerveau, vient à l'appui des bons effets que l'on attribue au sel commun. L'expérience apprend en effet que les moutons qui paissent dans des prés salés sont exempts de ces maladies, et que ceux qui en sont atteints guérissent si on les conduit dans ces prés. Laënnec, après avoir rappelé ce fait, dit qu'il a administré les bains salés avec succès à des personnes qui avaient rendu des acéphalocystes, et qu'il a vu des tumeurs volumineuses, que l'on pouvait soupçonner formées par ces vers, s'affaisser et disparaître sous l'influence de ce moyen. Enfin, dans quelques cas, probablement de tumeurs hydatidiques situées dans l'abdomen, (Laënnec ne s'explique pas clairement à ce sujet), il a vu le kyste hydatidique s'ouvrir dans les intestins, les hydatides être rendues par les selles, et le malade, qui laissait peu d'espoir, guérir parfaitement, et cet heureux succès être dû selon toute apparence à trois à quatre bains contenant chacun cinq à six livres de sel. Il n'est pas indispensable, pour que la guérison ait lieu, que les acéphalocystes soient rejetées au dehors, il suffit qu'elles meurent; le liquide qu'elles contiennent est absorbé, le kyste s'affaisse et se réduit à une petite masse qui n'exerce plus alors d'influence fâcheuse sur le poumon (1).

### Des hydatides du foie.

Le foie devient quelquefois aussi le siége d'hydatides; cette maladie, presque toujours mortelle, est même peu rare, si l'on en juge par le grand nombre d'observations que l'on en trouve dans les auteurs. On remarque dans la plupart de ces observations, que les malades avaient fait une chute ou reçu un coup sur la région du foie, et c'est là tout ce que l'on sait sur les causes de cette affection. Les symptômes n'en sont pas moins obscurs; car il n'est pas rare que les malades ne ressentent aucune influence de la présence de ces kystes hydatidiques dans le foie. Dans les cas les plus ordinaires, ils éprouvent une douleur plus ou moins forte dans la région de l'hypocondre droit; quelquefois il se manifeste un ictère, mais plus fréquemment la peau ne change pas de teinte; l'appétit est souvent détruit, ce qui n'empêche pas les malades de manger et de digérer; le foie dépasse le rebord des côtes asternales ou se borne à le faire bomber; quelquefois il refoule le diaphragme et ne déborde pas les côtes; enfin il arrive assez souvent qu'il se forme à l'épigastre ou à l'hypocondre

(1) *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tom. Ier, art. ACÉPHALOCYSTES.

(2) *Traité de l'auscultation médiate*, tom. II, pag. 7 et suiv.

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, tom. II, pag. 13 et suiv.

droit une tumeur d'abord dure, qui se ramollit ensuite peu à peu sans que la peau change de couleur, et dans laquelle on finit par percevoir de la fluctuation.

Aucun de ces signes n'est, comme on le voit, bien propre à jeter du jour sur le diagnostic. Il n'est qu'un cas dans lequel on pourrait peut-être annoncer la présence d'hydatides dans le foie, c'est celui dans lequel, sur un individu bien portant, on viendrait à s'apercevoir de l'existence d'une tumeur fluctuante à l'épigastre ou dans l'hypocondre droit, tumeur dont on ne pourrait s'expliquer l'origine ni la formation par aucun symptôme antérieur, ni par l'accident ou la maladie actuelle qui l'aurait fait découvrir. Et dans ce cas même, la prudence commanderait de s'assurer davantage de la nature de la tumeur, en y plongeant un petit trois-quarts extrêmement fin, sur la canule duquel on appliquerait ensuite une ventouse pour attirer un peu de liquide, ainsi que l'a fait M. Récamier dans un cas semblable (1). Dans une note qu'il a bien voulu nous communiquer, M. Martinet donne comme second moyen de diagnostic l'analyse du liquide ; il résulte de ses recherches que le liquide des kystes séreux ne contient pas d'albumine, et ne se coagule pas par conséquent par l'ébullition (2), et il pense qu'il en est de même du liquide des kystes hydatifères. Enfin on doit à M. Piorry un troisième caractère; il est fourni par la percussion médiate, et consiste dans un bruissement difficile à décrire. Nous renvoyons à l'ouvrage de ce médecin pour s'en faire une idée (3).

Après avoir acquis la certitude que la tumeur est bien un kyste hydatifère, il faudrait encore se comporter de la même manière que M. Récamier dans le cas cité. On ferait donc une première application de potasse caustique, puis une seconde au fond de la plaie, afin de provoquer tout à la fois l'ouverture du kyste, et son adhérence aux parois de l'abdomen; ensuite, après l'issue des hydatides, on remplirait la poche avec un liquide émollient, tel que de l'eau d'orge miellée, pour prévenir l'entrée de l'air et l'inflammation qui en serait la suite, et l'on renouvellerait cette injection tous les jours.

Toutefois, nous devons le dire, bien qu'un succès complet ait couronné cette conduite hardie du médecin que nous venons de nommer, il ne serait peut-être pas prudent de l'imiter dans tous les cas. Il vaudrait certainement mieux, après s'être assuré de la nature de la tumeur, en essayer la guérison par les bains d'eau salée conseillés par Laënnec contre les acéphalocystes des poumons, et par les fomentations faites avec cette même eau salée sur la tumeur elle-même; on serait toujours à temps, si ces moyens échouaient, pour en tenter ensuite l'ouverture à l'aide des caustiques. Les accidens funestes qui suivent si fréquemment l'ouverture spontanée de ces kystes prouvent que leur adhérence aux parois abdominales n'est pas la seule condition à remplir pour en obtenir la guérison. Il est vrai qu'en joignant, à la précaution de déterminer cette adhérence, celle de remplir la poche d'un liquide doux qui empêche que le contact de l'air n'en vienne enflammer les parois, on augmente singulièrement les chances de succès. Mais sont-ce là toutes les conditions qu'il faille remplir pour écarter tout danger d'une semblable pratique? Nous l'ignorons et nous laissons en conséquence au temps et à l'expérience à prononcer sur sa valeur.

On lit dans le *Journal général de médecine* (mars 1826), une observation recueillie par M. Bourgeois, qui est peut-être un exemple de tumeur hydatidique du foie ouverte dans l'intestin.

Pendant plus de deux ans, la malade qui fait le sujet de cette observation, avait éprouvé par crises, des douleurs intolérables dans l'abdomen, sans rendre par les selles aucune trace de fausses membranes, quand tout à coup elle en évacue une grande quantité, et continue pendant quinze jours à en rendre une quantité prodigieuse, et l'on s'aperçoit qu'une tumeur qui existait au-dessus de l'ombilic a disparu. La malade semble guérie pendant six mois; puis les crises reviennent peu à peu, la tumeur reparaît, et enfin de nouvelles fausses membranes sont encore excrétées sous l'influence des vermifuges comme la première fois, et les accidens diminuent de nouveau. Mais cette fois le soulagement n'est pas complet, et la malade succombe quelques mois après cette réapparition des accidens; l'ouverture du cadavre n'a pas été faite. Cette observation a été publiée comme un exemple de gastro-entérite pseudo-membraneuse, mais nous croyons que c'est une erreur. N'est-il pas probable que chez cette malade il existait dans l'abdomen, dans le foie ou ailleurs, une poche hydatidique qui s'est ouverte dans un intestin, et que les prétendues fausses membranes n'étaient autre chose que des débris d'hydatides? On voit en effet la dame qui fait le sujet de cette observation, se bien porter aussitôt que la poche d'hydatides est vide, retomber malade à mesure qu'elle se remplit de nouveau, et être soulagée une seconde fois par l'expulsion des kystes hydatidiques en aussi grande quantité que la première fois. Les faits de ce genre sont peut-être plus communs qu'on ne pense.

On trouve encore dans le foie, et principalement dans la vésicule du fiel et les conduits biliaires, un ver dont la longueur varie d'une à quatre lignes, de la largeur d'une ligne à une ligne et demie, ovale, aplati, à col un peu arrondi et très-court, obtus à ses extrémités, ayant deux ouvertures orbiculaires, et dont la forme générale est celle d'une lancette; c'est le *distôme hépatique*, ou la *douve du foie*. On ne connaît ni les causes qui font naître cet entozoaire, ni les symptômes que provoque sa présence, ni le traitement à lui opposer. Bremser pense cependant que si le diagnostic en était possible, on pourrait en débarrasser les malades au moyen de l'huile empyreumatique de Chabert. Nous n'avons pas cru nécessaire de consacrer un article spécial à l'histoire d'un ver extrêmement rare chez l'homme, et sur lequel on possède si peu de données pathologiques.

(1) *Archives générales de médecine*, tom. XIII, pag. 582 et suiv.

(2) *Revue médicale*, janvier 1825.

(3) *De la percussion médiate et de ses signes*, etc., 1 vol. in-8°, pag. 32. Paris 1828.

### Des hydatides de l'utérus.

Les exemples d'hydatides développés dans la matrice sont assez nombreux ; elles sont loin de constituer dans cet organe une maladie aussi grave que dans les poumons et le foie ; la facilité avec laquelle on peut en procurer l'expulsion explique cette différence.

On a observé les acéphalocystes de l'utérus chez des femmes de tout âge ; on en a même vu chez des filles qui n'avaient pas encore conçu, mais pas encore chez des filles impubères. Les causes les plus ordinaires de leur développement sont d'abord un tempérament très-lymphatique, puis les coups et les chutes sur la région de l'utérus, la leucorrhée habituelle, la suppression des menstrues, un accouchement laborieux, en un mot, tout ce qui peut produire ou entretenir une irritation de la matrice.

Il est facile de confondre, dans le commencement, cette maladie avec la grossesse : comme celle-ci, en effet, elle s'accompagne de la suppression des règles, du gonflement des seins, du développement progressif du ventre, de pesanteur dans le bassin et les lombes, de nausées, de vomissemens ou de ptyalisme. Mais au bout de quelques mois, l'état du col utérin ne permet plus de croire à la présence d'un fœtus ; en effet il ne change pas de place, il ne s'efface pas peu à peu, il reste béant. Toutefois cela n'éclaire pas sur la véritable cause des accidens ; mais si, vers l'époque où la femme devrait sentir les premiers mouvemens de son enfant, il ne s'en manifeste pas, si les seins s'affaissent et deviennent flasques, et s'il survient en même temps un écoulement alternatif d'eau et de sérosité, ce sont, suivant Percy, autant de signes qui annoncent presque certainement la présence des hydatides. Disons cependant qu'on n'en acquiert jamais la certitude que par l'issue de quelques unes.

Des symptômes généraux assez graves résultent souvent de leur présence. Quelquefois les malades éprouvent des douleurs très-vives dans l'utérus, les aines, et les lombes, aux époques qui correspondent à celles de la menstruation ; souvent le sang ou la sérosité qu'elles rendent de temps à autre ne sont chassés qu'avec des douleurs comparables à celles de l'enfantement. Du malaise, l'amaigrissement, la bouffissure du visage, l'infiltration des jambes, des hémorrhagies utérines, des douleurs vives dans l'hypogastre, des envies continuelles d'uriner, des syncopes fréquentes, la stérilité, la langueur et même le marasme, en sont les effets. Enfin, la mort a quelquefois été la suite de tous ces accidens.

Le traitement des hydatides de l'utérus se compose d'un très-petit nombre de moyens. Percy conseille et a employé avec succès les injections d'eau salée et vinaigrée. Pourquoi, en étendant le conseil de Laënnec, ne prescrirait-on pas ici, comme dans les hydatides du poumon, les bains d'eau salée ? Il peut y avoir quelque avantage à dilacérer la poche lorsqu'on peut l'atteindre, mais il ne faut jamais se livrer à des manœuvres imprudentes pour y parvenir.

### Du dragonneau.

On désigne sous le nom de *dragonneau*, *filaire*, *ver de Médine ou de Guinée*, un ver cylindrique, filiforme, très-allongé, de couleur blanche, d'une grosseur égale dans toute son étendue, si ce n'est à sa queue, qui est plus amincie et un peu recourbée. Sa longueur varie depuis neuf à dix pouces jusqu'à six ou sept aunes, et sa grosseur depuis celle d'un fil jusqu'à celle d'une ficelle. Son siége ordinaire est dans le tissu cellulaire sous-tégumentaire des extrémités inférieures ; on l'y trouve ordinairement autour des malléoles ; on l'a rencontré aussi aux extrémités supérieures, plus fréquemment dans le scrotum, et quelquefois dans d'autres parties du corps, telles que le cou, la tête, le tronc, etc. Le docteur Clot-Bey l'a rencontré près du frein de la langue (1).

*Causes.* Les auteurs sont peu d'accord sur les causes de la formation du dragonneau, et c'est surtout à l'occasion de ce ver que triomphent les partisans de l'opinion qui fait venir du dehors tous les entozoaires. Quelques auteurs ont même nié l'existence de ce ver, et M. Larrey a prétendu que ce n'était que du tissu cellulaire frappé de mort. Bremser a combattu ces opinions par des faits et des raisonnemens qui ne nous permettent pas de douter que, comme les autres vers, le dragonneau se développe spontanément dans le corps humain.

On ne l'a jamais observé en Europe que sur des individus venant des contrées où il se développe spontanément ; ces contrées sont : l'Arabie Pétrée, les bords du golfe Persique, ceux de la mer Caspienne et du Gange, la Haute Egypte, l'Abyssinie et la Guinée. Enfin on ignore complètement les causes prochaines de son développement ; on en a tour à tour accusé la mauvaise qualité de l'eau, l'usage du vin de palmier, de certains poissons, du froment de l'Inde, des sauterelles pour alimens, les excès vénériens, les vents et les rosées des pays où on l'observe ; mais on a vu des individus soumis à ces influences sans en être atteints, et d'autres qui les avaient soigneusement évitées en être affectés ; d'où il résulte que les véritables causes du dragonneau sont encore à trouver.

*Symptômes, marche,* etc. Les premiers symptômes, qui annoncent la présence du dragonneau sont, dit-on, une démangeaison désagréable sur une partie, quelquefois accompagnée de la sensation d'un corps qui rampe sous la peau, et suivie de la formation d'une tumeur analogue au furoncle. Chez certains individus, dit-on, ce ver reste pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années sans manifester sa présence par aucune incommodité ; mais les auteurs qui ont avancé ce fait ont oublié de nous faire connaître les signes qui, dans ces cas, en révèlent l'existence. Chez d'autres, au contraire, outre les symptômes locaux que nous venons d'indiquer, il produit encore un dépérissement plus ou moins rapide, sans fièvre ni perte d'appétit.

(1) *Clinique d'Abouzabel* (Egypte) ; professeur M. Clot-Bey, directeur de l'École de Médecine, inspecteur du service des armées de S. A. le vice-roi. (*Lancette française,* novembre 1830.

Mais lorsque le ver veut sortir, des symptômes plus constans et plus marqués se manifestent. D'abord il survient du malaise, des nausées, de la céphalalgie, des maux d'estomac; une douleur fixe se fait sentir dans le point par où le ver doit sortir. Un à deux jours après l'invasion de cette douleur, et quelquefois trois jours après le début des premiers symptômes généraux, il se forme de petites vésicules qui causent de vives démangeaisons, surtout là où le ver perce la peau; la douleur ne laisse plus de relâche; un gonflement quelquefois considérable et de l'inflammation se déclarent, et la suppuration s'établit. Quelquefois une grosse pustule, remplie d'un liquide transparent, se développe au centre du point douloureux, d'autres fois on n'y sent qu'un peu de dureté, sans inflammation; enfin, tantôt le ver se présente aussitôt que la suppuration est établie, et tantôt il ne se montre que lorsqu'elle est prête à se tarir. Ordinairement, à l'ouverture spontanée ou artificielle de la pustule ou de la tumeur, il s'écoule du pus sanieux ou un liquide ichoreux, et la tête du ver sort avec quelques pouces du corps. Il faut éviter avec le plus grand soin de le rompre en exerçant sur lui de trop fortes tractions; car la plupart des auteurs qui ont observé cet accident disent qu'il est quelquefois suivi de la gangrène et de la mort, que presque toujours il prolonge la durée de la maladie, et que souvent il donne lieu à des fistules difficiles à guérir. Peut-être a-t-on exagéré cependant les inconvéniens qui suivent cette rupture : dans une des observations curieuses rapportées par M. Chapotin, cet accident est arrivé trois fois sans qu'il en soit résulté autre chose qu'un accroissement de l'inflammation (1). Quelquefois on trouve le dragonneau tout entier dans le fond de la plaie; ce cas est des plus heureux.

*Traitement.* La première indication à remplir lorsque la tumeur inflammatoire vient à se former dans le lieu par où le ver doit sortir, consiste à hâter le ramollissement et la suppuration de cette tumeur par des cataplasmes émolliens. Lorsque la suppuration est enfin bien établie, on attend ordinairement la rupture spontanée de la tumeur ou de la pustule qui la surmonte. Du pus sanieux ou une matière ichoreuse très-liquide s'échappe alors, et entraîne avec elle la tête du ver avec une portion plus ou moins considérable de son corps. Il faut immédiatement saisir cette partie du ver, puis exercer sur elle des tractions lentes et modérées, les continuer tant que le ver cède facilement, et les suspendre au contraire si la résistance devient plus forte. On roule alors tout ce qui est sorti autour d'un corps quelconque, et on le fixe aux environs de la plaie avec une bandelette d'emplâtre agglutinatif; au pansement suivant, on recommence les tractions avec les mêmes précautions, et ainsi de suite jusqu'à l'issue complète de l'animal, qui ne s'obtient quelquefois qu'en deux ou trois mois. On conseille, dans le cas où il ne s'est pas formé de plaie, de pratiquer une incision sur un point du trajet du dragonneau, et de le bien mettre à découvert, puis, après l'avoir saisi par son centre entre les deux branches d'un morceau de bois fendu, d'exercer les tractions tantôt sur l'une et tantôt sur l'autre moitié du ver. On est parvenu de la sorte à l'extraire quelquefois en une seule séance.

(1) *Bulletin des sciences médicales*, mars 1810.

Mais quand le ver est profondément situé, quand il a violemment enflammé les parties, quand il résiste aux tractions, enfin quand il s'est rompu, les moyens que nous venons d'indiquer cessent d'être applicables. On conseille alors une foule de remèdes, tant internes qu'externes. Les principaux sont, les fomentations, les saignées, l'aloès, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, l'huile de laurier-cerise en fomentations; les frictions mercurielles; le soufre, le poivre et l'ail, infusés dans le rhum ou le vinaigre, pris à l'intérieur; la fumée de tabac dirigée sur l'animal; l'assa-fœtida, etc. C'est Gallandat (1) qui nous semble avoir donné les préceptes les plus sages; il recommande comme une chose essentielle de s'attacher surtout à combattre les symptômes locaux d'inflammation par des saignées générales, des boissons délayantes, la diète, des cataplasmes émolliens et narcotiques, et des purgatifs, il pense aussi que l'emploi de la liqueur de Van-Swieten est très-utile.

Quelques auteurs ont conseillé l'usage du mélange suivant, à la dose d'une demi-tasse matin et soir : poivre long en poudre, ail pilé, fleur de soufre, de chaque une once, et rhum une bouteille; et cette autre, à la dose de deux cuillerées à bouche deux ou trois fois par jour; prenez soufre et ail, de chaque une once; poivre noir, une demi-once; camphre, deux gros; vinaigre, deux livres; mêlez, faites digérer et passez. Après quelques jours de l'emploi de l'un de ces remèdes, disent ceux qui les préconisent, on trouve le ver mort et contourné de diverses manières sous le cataplasme.

### Du strongle géant.

Le strongle géant est un ver allongé, cylindrique, ayant de cinq pouces jusqu'à trois pieds de longueur, à tête obtuse, à bouche circulaire et pourvue de six petites papilles, à corps comme formé d'anneaux, à queue droite et obtuse chez la femelle, et terminée, chez le mâle, par une vessie entière.

Ce ver ne se rencontre que dans le rein des animaux, et quelquefois dans celui de l'homme. Les causes en sont obscures comme celles de tous les entozoaires; les symptômes ne le sont pas moins. Des douleurs dans les reins, dans la vessie et les cuisses, des hématuries plus ou moins fortes, plus ou moins fréquentes et plus ou moins douloureuses, tels sont ces symptômes; il n'en est aucun qui n'appartienne aussi à d'autres maladies. On ignore quel serait le traitement convenable si le diagnostic en était possible.

Quelques auteurs contestent l'existence de ce ver chez l'homme, mais Bremser rapporte des cas dans lesquels on en a trouvé sur le cadavre; on ne peut donc pas en contester la réalité. Mais il est

(1) *Lettre sur le dragonneau, ou ver de Médine, et sur l'usage du sublimé corrosif dans cette maladie. Journal de médecine*, janvier 1760.

bien certain aussi que l'on a pris souvent pour des strongles, chez des individus affectés d'hématurie, de la fibrine décolorée provenant du sang qui avait séjourné dans le rein, et qui s'était allongée et arrondie en cylindre en traversant les uretères.

### Des vers intestinaux.

C'est dans le canal intestinal que se développe le plus grand nombre des entozoaires propres à l'espèce humaine. Il est peu d'hommes, qui dans le cours de leur vie, et principalement dans leur enfance, n'en aient rendu quelques uns. On en compte de cinq espèces, savoir le *tricocéphale*, l'*oxyure*, l'*ascaride*, le *bothriocéphale* et le *ténia*. Le tricocéphale a pour caractères *un corps mince, claviforme, et terminé antérieurement par un appendice filiforme qui porte la bouche.* Sa longueur est d'un à deux pouces; il occupe ordinairement les gros intestins, et principalement le cœcum. L'oxyure offre *une tête obtuse entourée d'une membrane vésiculaire transparente, la queue du mâle contournée en spirale, celle de la femelle renflée et droite.* Il a d'une à cinq lignes de longueur; on le rencontre dans les gros intestins, et principalement dans le rectum. L'ascaride ou lombric est caractérisé par *un corps allongé, cylindrique, sillonné d'une rainure de chaque côté, et aminci par les deux bouts, une bouche, en forme de petit tube, entourée de trois boutons ou valvules, et une queue un peu moins amincie que la tête.* On en trouve de la longueur de six à quinze pouces, et rarement de plus petits; c'est dans les intestins grêles que ce ver séjourne. Le bothriocéphale est un *ver à corps articulé, mou, allongé, aplati, garni d'une tête à deux fossettes marginales allongées, dont les articulations sont en général plus larges que longues, et terminé par une queue arrondie.* Il acquiert souvent une longueur de vingt pieds. Boerhaave dit en avoir fait rendre un de trois cents aunes; on le trouve dans les intestins grêles. Enfin, les caractères du ténia sont d'avoir *un corps déprimé, allongé, articulé, et une tête armée de quatre suçoirs.* Sa longueur est souvent de vingt à trente pieds. On parle, dans les Dissertations de Copenhague, d'un ténia de huit cents aunes, mais c'est évidemment une erreur ou une exagération. Son séjour habituel est dans les intestins grêles.

*Causes.* Le tempérament lymphatique prédispose d'une manière toute particulière au développement des vers intestinaux, et c'est sans doute là une des causes qui font que les enfans et les femmes en sont plus fréquemment tourmentés que les hommes, les adultes et les vieillards. Une habitation humide, non aérée, et l'absence de la lumière, en contribuant à faire naître ce tempérament, favorisent par conséquent la formation de ces animaux. Mais c'est surtout dans la qualité des alimens qu'il faut chercher la cause de leur développement. Il paraît certain que l'usage trop exclusif des fruits, des farineux, du lait, surtout lorsqu'il a fermenté, du beurre et des fromages, devient souvent la cause de la formation des vers intestinaux. On pense aussi, avec quelque fondement, que l'usage du cidre contribue à les faire naître; cette opinion repose sur l'observation du grand nombre d'individus qui sont tourmentés par les vers dans les pays où le cidre fait l'unique boisson des habitans. On a cherché à expliquer comment ces causes agissaient pour produire des vers; mais aucune des explications données ne nous paraissant satisfaisante, nous nous abstiendrons de les rapporter. Les enfans à la mamelle en sont rarement atteint.

*Symptômes, marche*, etc. Il n'existe peut-être pas de symptômes vraiment pathognomoniques de la présence des vers, si ce n'est la sortie de quelques uns. Cependant voici quelques signes qui peuvent en faire soupçonner l'existence, et donner même quelque certitude au diagnostic, lorsqu'il s'en rencontre plusieurs de réunis.

Les malades ont en général la face très-pâle et comme bouffie, leur teint est plombé; ils ont les yeux ternes, la pupille dilatée, les paupières inférieures cernées par une teinte bleuâtre; de temps en temps une petite rougeur passagère se montre à l'une des joues et quelquefois à toutes les deux; le nez est le siége d'un prurit presque continuel; il survient souvent des hémorrhagies nasales, du mal de tête et des bourdonnemens d'oreilles; la bouche se remplit souvent de salive; l'haleine et la sueur sont fétides et aigres; l'appétit est tour à tour vorace et tout-à-fait nul; le ventre est gros, comme bouffi, empâté, et rarement dur, si ce n'est à l'hypogastre; il existe des nausées, et parfois des vomissemens d'une sérosité limpide; des coliques souvent très-violentes se font sentir; elles occupent en général la région ombilicale, et ne sont pas ordinairement suivies de diarrhée; quelquefois, cependant, le malade a des selles glaireuses et teintes de sang, son urine est trouble, sédimenteuse, et ressemble à du lait étendu d'eau; le sommeil est troublé et souvent accompagné de grincement de dents; l'amaigrissement est ordinairement considérable.

Une foule d'autres symptômes peuvent encore accompagner la présence des vers dans le canal intestinal; ainsi les oxyures déterminent presque toujours une démangeaison insupportable à l'anus, qui augmente le soir et principalement par la chaleur du lit, et souvent même ne se fait sentir qu'à cette époque de la journée; ils font quelquefois naître des désirs vénériens, surtout chez les femmes, en s'introduisant dans le vagin. Le bothriocéphale et le ténia occasionent souvent un sentiment de tournoiement dans le ventre, et des coliques ombilicales *sans diarrhée;* enfin, les ascarides ou lombrics causent quelquefois une cécité, ou du délire sympathiques, un sentiment insupportable de strangulation, des accès épileptiformes, et même des convulsions très-violentes.

Nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois chez les enfans, une série de symptômes que nous n'avons trouvé décrits nulle part, ni surtout rapportés à leur véritable cause. Voici en quoi ils consistent. Un enfant, au milieu de ses jeux, pousse tout à coup un petit cri; il tombe, se raidit et ferme les yeux. Presque aussitôt son visage devient bleu et presque noir; il serre les dents; une sorte de frémissement général, qu'on ne peut pas confondre avec les mouvemens convulsifs, agite tout le corps, et surtout les membres; bientôt le visage pâlit et reste dans cette état; le pouls est petit et

serré; de temps en temps le frémissement général s'apaise; alors une petite toux à secousses et cassée se fait entendre, l'enfant se frotte le nez avec force; les yeux restent toujours fermés, mais si l'on écarte les paupières, on voit l'œil dans son état naturel, la pupille seulement est dilatée. Puis la première série de symptômes recommence, pour être remplacée de nouveau par la seconde; et ainsi de suite un nombre de fois indéterminé. Tous ces accidens se dissipent en un instant après le vomissement naturel ou provoqué d'un ver vivant, accompagné de mucosité abondante, épaisse et filante. On peut, ce nous semble, se rendre compte de la brusque invasion des symptômes par l'arrivée subite du ver dans l'estomac, et de leur marche alternée par les mouvemens de reptation et le repos alternatifs de cet animal.

On a sans doute beaucoup exagéré les effets que peut produire la présence des vers dans le canal intestinal. Il est certain qu'on en a trouvé parfois un grand nombre dans les cadavres d'individus qui avaient succombé à d'autres maladies, et pendant la vie desquels aucun symptôme n'avait pu faire soupçonner l'existence de ces animaux. Des individus en ont rendu tout à coup d'énormes quantités qui n'avaient jusqu'alors nullement dérangé leur santé. L'un de nous, à l'âge de six à sept ans, a rendu par les selles près de deux cent cinquante lombrics en trois jours, par l'effet d'un vermifuge que lui avait administré un charlatan; trois mois après, il en rendit encore une centaine par l'effet du même remède, et l'année suivante une soixantaine; et cependant cette quantité considérable d'ascarides n'avait produit d'autres symptômes qu'une maigreur extrême et de temps en temps quelques coliques. Mais faut-il conclure de pareils faits que la présence des vers dans les voies de la digestion est presque innocente, ainsi que le prétendent quelques pathologistes de nos jours? Non, ce serait donner dans une autre exagération qui ne serait pas moins dangereuse que la première. On peut expliquer en partie cette variabilité d'effets par l'irritabilité diverse des individus; mais il faut rechercher encore si d'autres circonstances ne peuvent pas en rendre compte dans plusieurs cas. Pour nous, nous croyons fermement que, dans un grand nombre de cas, les accidens graves, tels que les convulsions, sont dus à l'arrivée des vers vivans dans l'estomac. Ce qui nous confirme dans cette croyance, c'est que, lorsque l'on trouve dans les cadavres une grande quantité de vers qui n'avaient occasioné aucun symptôme pendant la vie, c'est dans les intestins exclusivement qu'on les rencontre; lorsque, au contraire, des individus ont succombé à des accidens qu'on a pu attribuer aux vers seuls, on a toujours trouvé de ces animaux dans l'estomac (1); enfin, dans la plupart des observations où il est question de symptômes graves guéris par l'expulsion de quelques vers, on voit qu'il y en a eu de rejetés par le vomissement. Quoi qu'il en soit de cette opinion, toujours est-il que leur présence dans le tube digestif est quelquefois une cause de maladie grave, qui peut même devenir mortelle. Si cela est rare, si même dans un grand nombre de cas elle ne produit aucun effet morbide, il n'en est pas moins vrai que, dans un très-grand nombre de cas aussi, elle provoque des symptômes de malaise, de souffrance et de dépérissement, qui réclament impérieusement les secours de l'art.

Il est arrivé quelquefois que des lombrics ont passé dans le péritoine à travers une perforation de l'intestin; mais ce n'est pas la présence du ver qui rend cet accident plus grave : ces perforations sont, comme nous l'avons vu, toujours mortelles par elles-mêmes. Quelques auteurs ont cru que, dans ce cas, les vers pouvaient bien avoir perforé l'intestin; mais aujourd'hui que l'on sait comment s'opèrent ces perforations, personne ne croit plus à de pareilles erreurs.

*Traitement.* Le nombre des médicamens auxquels on a attribué des propriétés vermifuges est très-considérable; les nommer tous serait faire une liste aussi fastidieuse qu'inutile. Les principaux sont; la valériane, l'absynthe, l'oignon, l'ail, le semen-contra, la tanaisie, la mousse de Corse, le safran, l'écorce de racine de grenadier, l'huile de croton tiglium, la fougère mâle, la cévadille, le brou de noix, le camphre, l'acide hydrocyanique, l'huile de pétrole, l'huile essentielle de térébenthine, l'huile de cajeput, l'huile animale de Dippel, l'huile empyreumatique de Chabert, le mercure à l'état métallique et à celui de proto-chlorure, l'éther sulfurique, l'assa-fœtida l'eau salée, l'huile de ricin, le jalap, la limaille de fer, celle de zinc, celle d'étain, le charbon en poudre.

Suivant l'espèce de vers dont les individus sont affectés, il y a un choix à faire parmi ces médicamens, et des règles particulières à suivre dans la manière de les administrer. Ainsi les oxyures occupant toujours le gros intestin, il est presque inutile de diriger contre eux des vermifuges par la voie de l'estomac, et il est toujours préférable de les administrer en lavemems. On donne ordinairement, dans ces cas, des lavemens dans lesquels on a fait bouillir quelques gousses d'ail, des lavemens d'eau froide, de décoction de plantes amères, d'eau salée, d'eau vinaigrée, d'huile d'olives, dans lesquels on ajoute de l'huile empyreumatique de Chabert, une cuillerée de fiel de bœuf, etc. La fumée de tabac a été employée avec succès par Pallas. On aide l'action de ces lavemens par des purgatifs, tels que le jalap ou le proto-chlorure de mercure; quelques malades ont éprouvé de bons effets de l'usage du soufre en poudre, pris à la dose d'une quinzaine de grains tous les matins pendant quelque temps. Quelques injections d'eau vinaigrée ou d'une décoction de plantes amères dans le vagin suffisent ordinairement pour en chasser les oxyures qui s'y sont introduits. Mais on ne réussit pas aussi facilement à débarrasser les malades de ceux qui siégent

(1) On nous opposera l'exemple d'hydrophobie que MM. Bosquillon et Serres ont attribuée à la quantité prodigieuse de vers qu'ils ont trouvée dans le tube intestinal; mais l'enfant qui fait le sujet de cette observation avait été mordu six mois auparavant par un chien enragé, et il est probable qu'il a dû ses symptômes d'hydrophobie, et la mort qui en a été la suite, au virus rabique, et non aux vers dont ses intestins étaient remplis. L'absence de lésions cadavériques n'infirme pas cette assertion.

dans l'intestin, même par les plus efficaces des moyens que nous avons indiqués; ces vers se reproduisent avec une telle rapidité, que, pour peu qu'il en échappe quelques uns à l'action des remèdes, les accidens se renouvellent très-promptement.

C'est au contraire plus particulièrement en boisson, poudres, bols ou électuaires, que les anthelmintiques doivent être administrés pour détruire les ascarides lombricoïdes, et tous ceux de ces médicamens que nous avons précédemment indiqués, seuls ou combinés deux à deux ou trois à trois, peuvent être employés. Le semen-contra, le jalap, la valériane, l'absynthe, la tanaisie, l'huile empyreumatique de Chabert, l'eau mercurielle, sont ceux que l'on préfère généralement et dont on obtient les meilleurs effets. Dans les cas observés par nous et décrits ci-dessus, de lombrics dans l'estomac, nous avons toujours réussi à faire cesser assez promptement les accidens, en administrant un mélange de sirop d'éther, de sirop de guimauve et d'huile d'amandes douces, et en provoquant le vomissement par le chatouillement de la luette et l'ingestion de l'eau chaude. Au besoin, nous n'hésiterions pas à faire donner du tartrate d'antimoine et de potasse pour provoquer le vomissement. Nous avons lu quelque part l'observation intéressante d'une jeune fille, qui fut débarrassée très-rapidement de convulsions violentes produites par la présence des vers dans l'estomac, au moyen d'une injection d'eau émétisée dans les veines. Un vomissement très-prompt d'ascarides vivans et nombreux fit cesser tous les accidens. Il ne faudrait imiter cette conduite que dans le cas où la déglutition serait entièrement impossible; il ne suffirait pas, pour s'y décider, de trouver les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre; car on sait que le trismus le plus intense n'empêche pas de faire prendre des boissons au malade; rien n'est facile comme de les faire couler entre la joue et la partie postérieure de l'arcade dentaire.

On obtient difficilement en général l'expulsion du bothriocéphale et du ténia par les vermifuges ordinaires. De là les nombreuses méthodes imaginées pour en débarrasser les malades. Bremser les a presque toutes rappelées dans son intéressant ouvrage (1), et nous y renvoyons les médecins curieux de les connaître. Les principales et les plus efficaces sont celle d'Alston, celle de madame Nouffer, celle de Bourdier, celle de Gomez, celle de Ebers, et enfin celle de Bremser lui-même.

La première consiste dans l'administration d'un purgatif fait avec une quantité suffisante de manne et de séné, infusés dans une décoction de chiendent, le premier jour; d'une once de zinc tamisé dans quatre onces de sirop, le lendemain; d'une demi-once du même métal dans deux onces de sirop, le surlendemain; et enfin, du même purgatif qu'au début, le quatrième jour.

Le remède de madame Nouffer se compose d'une panade le premier jour avant de se coucher; de deux à trois gros de racine de fougère mâle cueillie en automne et réduite en poudre fine, dans quatre à six onces d'eau de fougère ou de fleur de tilleul, pris le lendemain de la soupe, c'est à dire huit à neuf heures après son ingestion; puis, deux heures après cette poudre, d'un bol contenant dix grains de proto-chlorure de mercure bien sublimé, et autant de résine de scammonée d'Alep, six à sept grains de gomme gutte, et quantité suffisante de confection d'hyacinthe; et enfin d'une à deux tasses de thé vert immédiatement après. Lorsque le purgatif commence à agir, on administre une nouvelle tasse de thé, et, après l'expulsion du ver, un bouillon ou une soupe.

Bourdier faisait prendre, le matin à jeun un gros d'éther sulfurique dans un verre d'une forte décoction de racine de fougère mâle; environ une heure après, il prescrivait une mixture faite avec deux onces d'huile de ricin et autant de sirop de capillaire, ou de tout autre sirop; et, si l'individu était fort, il faisait donner un lavement fait avec une forte décoction de fougère mâle, dans laquelle on mêlait un gros d'éther sulfurique : il continuait ce traitement pendant deux à trois jours.

Le traitement du docteur Gomez consiste dans une décoction de deux onces d'écorce de la racine fraîche du grenadier dans une livre et demie d'eau réduite à moitié, administrée par fractions de deux onces, de demi-heure en demi-heure.

C'est par l'emploi de l'extrait résineux de fougère mâle que le docteur Ebers combat le ténia. Il donne cet extrait à la dose de dix-huit à vingt-quatre grains, en deux prises sous forme pilulaire; et le lendemain il fait prendre un léger purgatif qui expulse le ver, que l'extrait de fougère tue, mais ne chasse pas. Une seule dose de ce médicament suffit ordinairement; cependant Ebers a été obligé quelquefois de la répéter jusqu'à deux et trois fois.

Enfin, Bresmer administre, dit-il, l'huile de Chabert avec le plus grand succès. Il en fait ordinairement précéder l'emploi par quelques doses d'un électuaire de sa composition, fait avec une demi-livre de semen-contra, ou de fleurs ou graines de tanaisie, deux gros de valériane en poudre, un gros et demi à deux gros de sulfate de potasse, et quantité suffisante d'oxymel scillitique. Nous dirons en passant que cet électuaire est, avec l'huile de Chabert, le médicament dans lequel Bresmer a le plus de confiance contre toutes les espèces de vers intestinaux. Dans le cas de ténia, il commence donc par faire prendre cet électuaire à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour; lorsqu'il est consommé, il donne l'huile de Chabert à la dose de deux cuillerées à café, matin et soir, dans un peu d'eau; et quand le malade en a pris de la sorte deux onces et demie ou trois onces, il prescrit un léger purgatif, puis il revient à l'usage de l'huile jusqu'à ce qu'il en ait fait prendre quatre à cinq onces au moins, et six à sept onces au plus. Par ce traitement, il n'est pas besoin de voir le ténia rendu, dit Bremser, pour croire à la guérison; elle a presque toujours lieu sans cette circonstance.

Le traitement de Bremser et long, et, quoi qu'il en dise, son efficacité n'est pas bien démontrée; celui de Bourdier et celui de madame Nouffer sont

(1) *Ouvrage cité*, pag. 455. et suivantes.

infidèles; celui d'Alston, assez souvent suivi de succès, échoue pourtant dans un assez grand nombre de cas; le plus rapide dans ses effets, et le plus sûr, est sans contredit celui du docteur Gomez. Nous n'avons pas essayé celui d'Ebers qui, d'après les observations rapportées par l'auteur paraît aussi efficace et aussi prompt que le précédent. Quelque soit celui auquel on ait recours, on conseille d'aider son action par l'huile de ricin, lorsque l'expulsion du ver est difficile. Enfin, un médecin allemand a conseillé de tuer le ténia, en appliquant sur lui un goutte d'acide hydrocyanique pur, lorsqu'une portion est sortie au dehors : ce moyen lui a parfaitement réussi dans un cas. On sait qu'il serait imprudent en pareille circonstance d'exercer des tractions sur l'animal ; on s'exposerait presque infailliblement à le rompre (1).

Tous les moyens que l'on emploie contre les vers en général étant irritans, il importe beaucoup de bien connaître l'état des voies digestives avant de les administrer. Règle générale, il ne faut pas y avoir recours tant que la peau est chaude, le pouls fréquent et la soif vive ; on doit commencer par dissiper ces symptômes par les moyens convenables. C'est sans doute pour avoir négligé ou méconnu ce précepte, que les médecins ont si souvent observé de mauvais effets produits par les anthelminthiques. Enfin, il ne suffit pas toujours d'avoir détruit et expulsé les vers intestinaux pour que la guérison soit complète : il faut souvent encore travailler à en empêcher la reproduction, et ce résultat s'obtient par l'usage modéré et continué pendant quelque temps, des médicamens vermifuges, mais surtout en faisant changer les malades de régime, autant que faire se peut.

# CINQUIÈME CLASSE DE MALADIES.

**ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT SOIT DANS UNE MODIFICATION DE LEUR TEXTURE TELLE QU'IL SEMBLE QUE LEUR ORGANISATION PRIMITIVE A DISPARU ET QU'ILS SEMBLENT CONVERTIS EN TISSUS NOUVEAUX SANS ANALOGUES DANS LE CORPS HUMAIN, SOIT DANS LEUR DESTRUCTION RAPIDE ET SPONTANÉE, OU DÉSORGANISATIONS.**

## Des désorganisations en général.

On trouve quelquefois les tissus tellement modifiés dans leur texture, que l'on reconnaît à peine leur organisation primitive; il semble qu'ils aient été convertis en tissus nouveaux, en tissus qui n'ont pas d'analogues dans le corps humain : et ce n'est que par une dissection minutieuse et attentive, que l'on parvient à retrouver quelquefois les traces des élémens organiques qui les constituent. Tous les tissus sont susceptibles de ce mode d'altération; tout tissu qui l'a subi est considéré par nous comme *désorganisé*, et nous nommons *désorganisations* les maladies qui en résultent. Nous comprenons également sous cette dénomination un autre état des tissus, quelquefois consécutif au précédent, et d'autres fois primitif, dans lequel ils se détruisent spontanément avec une rapidité quelquefois effrayante.

Chaque désorganisation a ses caractères particuliers. Tantôt, une matière opaque, grisâtre, jaunâtre ou blanche, et d'une consistance plus forte que celle de l'albumine concrète, est déposée dans l'épaisseur des tissus en petites granulations ou en masses, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule : ce sont les *tubercules*. Tantôt une autre matière, d'un noir plus ou moins foncé, est rassemblée en masses enkystées ou non enkystées, quelquefois sphériques, mais souvent irrégulières, d'un volume variable depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui du poing, ou bien comme infiltrée dans les tissus, ou étendue en nappe à leur surface ou combinée en quelque sorte avec eux, et se bornant à les colorer fortement en noir, ou enfin à l'état liquide, pure ou mélangée à d'autres fluides : c'est la *mélanose*. D'autres fois, un organe est en quelque sorte parsemé de granulations diversement disposées, c'est-à-dire isolées, ou groupées, ou réunies en grappes de formes variées, d'un jaune fauve ou orangé, tranchant sur la couleur normale de cet organe, et lui donnant, lorsqu'on le coupe par tranches, l'aspect d'un beau granit : cette désorganisation a reçu le nom de *cyrrhose*. Dans une quatrième, les tissus sont modifiés dans leur texture et indurés par l'infiltration dans leurs aréoles d'une matière concrescible, qui n'est probablement autre chose que l'albumine et les sels contenus dans le sérum du sang; matière qui étouffe en quelque sorte leur vitalité, et les rend en général très-réfractaires à l'action des agens thérapeutiques : cette altération constitue le *squirrhe*, dont le *cancer* n'est qu'une des terminaisons. Une cinquième consiste dans la formation en quelque sorte spontanée d'un ulcère, qui ronge et détruit rapidement les tissus : c'est l'*ulcère rongeant* ou *phagédénique* de plusieurs auteurs, le *carcinôme* de quelques autres; nous lui conserverons cette dernière dénomination. Enfin, dans une sixième forme de désorganisation, qui présente plus d'un trait d'analogie avec la précédente, on voit des tissus, déjà affectés de plaie, être frappés tout à coup d'un travail de destruction qui les dévore avec plus ou moins de rapidité : c'est la *pourriture d'hôpital*.

(1) M. le docteur Mérat vient de rassembler les diverses méthodes de traitement contre cette maladie, dans une brochure ayant pour titre : *Du tœnia, ou ver solitaire ; et de sa cure radicale par l'écorce de racine de grenadier* : 1832, in-8°.

L'étiologie de ces affections a toujours été et sera long-temps encore un sujet de controverse parmi les médecins. Les *virus*, les *vices*, les *âcres*, les *cachexies humorales*, jouent un grand rôle dans les théories des anciens auteurs et de quelques modernes qui se sont occupés de cette matière. Mais l'impossibilité de démontrer aucune altération du sang dans ces maladies, de les transmettre par le contact, et même de les inoculer, prouve que toutes ces explications sont erronées. La *pourriture d'hôpital* fait cependant exception, car elle est éminemment contagieuse ; mais quant aux autres désorganisations, on s'accorde assez généralement aujourd'hui à les regarder toutes comme des affections purement locales *à leur début*, susceptibles sans doute de se propager d'un tissu à un ou plusieurs autres, mais par les mêmes lois qui président à la diffusion de la plupart des maladies, c'est-à-dire par voie de continuité, de contiguité, et de sympathie. Enfin, on est assez porté à croire qu'une irritation locale préside à leur formation. Nous reviendrons bientôt sur cette matière.

Mais ici se présente une question importante à examiner. Les *tubercules*, la *mélanose*, la *cyrrhose* et le *squirrhe* sont-ils des tissus de nouvelle formation, des tissus accidentels résultant d'une sorte de transformation des tissus naturels, comme l'admettent encore plusieurs médecins ? ou bien résultent-ils du simple dépôt ou de la sécrétion d'une *matière morbifique* au milieu de la trame des tissus où on les rencontre? La première de ces opinions est admise par quelques personnes, plutôt comme une croyance que comme une chose démontrée. Laënnec, auquel on la prête, était bien loin de la partager; voici comment il s'exprimait, en 1812, sur ce sujet (1). « Chacun des modes d'altération dont je viens de parler peut se présenter sous la » forme de masses isolées et exactement séparées » du tissu des parties où elles se trouvent quel- » quefois même enkystées, ou sous celle de dégé- » nération du tissu propre d'un organe. *Cette dif-* » *férence, très-saillante, n'est peut-être pas si grande* » *au fond qu'elle le semble d'abord ; en effet, il pa-* » *raît que, même dans le dernier cas, le tissu dé-* » *généré n'a pas changé de nature.* J'ai toujours cru » remarquer que ces sortes de dégénérations se » font de la manière suivante: la matière morbifi- » que est déposée entre les mailles du tissu naturel; » elle l'infiltre en quelque sorte et le comprime de » toutes parts ; cette compression, jointe à l'ab- » sorption journalière, ne tarde pas à détruire le » tissu naturel, et souvent alors le tissu accidentel » reste seul. Quelquefois cependant il reste une » partie du premier, même après que le second a » commencé à se ramollir; et alors, en comprimant » la masse dégénérée, on voit la matière ramollie » suinter de toutes parts, sous la forme de gru- » meaux ou de gouttelettes, et l'on distingue en- » suite une sorte de réseau plus ou moins serré, » qui n'est autre chose que le tissu naturel de l'or- » gane, mais tellement défiguré, que l'on ne peut » plus ordinairement le reconnaître, à moins que la » dégénération ne soit très-récente. Lorsqu'elle » est un peu ancienne, quel qu'ait été le tissu pri- » mitif de l'organe, il se trouve changé en un » réseau qui est toujours composé de fibres in- » formes, irrégulièrement entrecroisées, blan- » châtres ou grisâtres, et plus ou moins demi- » transparentes : ces dégénérations de tissu d'un » organe peuvent être une source fréquente d'er- » reurs en anatomie pathologique. Dans les altéra- » tions de ce genre, plusieurs causes peuvent con- » tribuer à faire souvent prendre pour des affec- » tions de diverse nature des altérations qui sont » réellement du même genre. Dans l'époque de leur » développement qui précède leur entière transfor- » mation, non-seulement ces altérations présentent » un tissu mixte, formé par celui de l'organe et par » le tissu accidentel, mais encore il offre un aspect » très-différent, suivant les diverses proportions qui » peuvent exister entre les deux tissus, et suivant » l'état où se trouve le dernier. » A l'exception de l'expression de *tissus accidentels* par laquelle Laënnec désignait ces désorganisations, dénomination vicieuse et qui pouvait entraîner à des idées fausses, ces opinions nous paraissent très-fondées; aussi sont-elles à peu près généralement admises. La seule modification qu'on leur ait fait subir dans ces derniers temps, a consisté à regarder comme le résultat d'une *sécrétion de pus*, ces affections que Laënnec considérait comme produites par le *dépôt* ou l'*infiltration* d'une *matière* dont il s'abstenait de préjuger la nature, et qu'il se bornait à appeler *morbifique*. M. Bouillaud émit le premier cette opinion dans son *Traité de l'encéphalite*, et M. Andral la développa plus tard avec beaucoup de talent dans divers écrits (1); mais elle est loin d'être démontrée, et celle de Laënnec nous paraît plus plausible. Nous exposerons, en traitant de chaque désorganisation en particulier, les faits et les raisonnemens qui nous semblent repousser la théorie des deux premiers médecins cités.

L'inflammation des tissus est généralement regardée depuis quelques années comme la cause nécessaire du développement de ces altérations morbides; mais l'observation des faits ne nous semble pas confirmer cette théorie, qui ne peut être défendue avec quelque apparence de succès, qu'en donnant au sens du mot *inflammation* une extension abusive. Certes, si l'inflammation est pour quelque chose dans la production de la *pourriture d'hôpital*, dans le développement de l'*ulcère phagédénique* ou *carcinôme*, la part qu'elle y prend est extrêmement faible, son rôle est très secondaire ; on ne tarde pas à s'en convaincre quand on observe sans prévention; on pourrait même contester qu'elle y ait la moindre participation. Elle n'est pas moins étrangère à la production de la *mélanose*, car nous verrons cet état morbide se développer sans apporter pendant long-temps le plus léger trouble dans les fonctions, et souvent par les seuls progrès de l'âge. Enfin, si son influence est quelquefois incontestable dans la reproduction du *squirrhe* et des *tubercules*, nous verrons aussi qu'elle n'y est pas indispensable, qu'elle est loin d'être constante, et que, dans le plus grand

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. II, pag. 59.

(1) *Précis d'Anatomie pathologique*. 1826, in-8.

nombre des cas peut-être, ces désorganisations naissent et se développent sans l'intervention du plus léger degré de phlegmasie.

Quelle est donc la cause prochaine et mystérieuse des désorganisations? Bien loin d'être unique et la même pour toutes, la raison nous dit qu'elle diffère pour chacune d'elles; une même cause ne saurait produire des résultats aussi divers. On parviendrait à prouver, et jusqu'à ce jour on est loin de ce résultat, que l'inflammation est la cause productrice de ces états morbides, qu'il faudrait au moins admettre des différences majeures entre la phlegmasie qui produirait le squirrhe, par exemple, et celle qui ferait naître la mélanose. Et en y regardant d'un peu plus près, en soumettant les faits à une analyse sévère, on verrait bientôt que ces différences constituent la chose principale, et que l'inflammation n'est qu'accessoire. En effet, pour expliquer la diversité des résultats, on ne pourrait pas invoquer ici la différence des degrés de la phlegmasie: car la plupart des désorganisations naissent sourdement, et par conséquent sous l'influence du même degré d'excitation à peu près. On pourrait encore moins s'en prendre à la diversité des tissus; car un même tissu, la peau par exemple, est susceptible de contracter la désorganisation tuberculeuse, la mélanose, le squirrhe, le carcinôme et la pourriture d'hôpital. Et ce que nous disons de l'inflammation est entièrement applicable à toute autre cause que l'on ferait intervenir, et que l'on supposerait la même pour toutes les désorganisations. Il y a donc des causes particulières pour la production de chaque désorganisation. Quelles sont-elles? En traitant de ces états morbides, nous interrogerons les faits pour avoir, s'il est possible, une réponse satisfaisante à cette question.

La cyrrhose paraît faire exception à la théorie de Laënnec. Il semble résulter des recherches intéressantes de M. Boulland sur cette altération, qu'ici il n'y a aucune matière étrangère déposée dans les mailles du tissu de l'organe affecté, et que cette maladie consiste dans la désorganisation pure et simple des granulations sécrétoires des corps glandulaires où on l'observe, désorganisation déterminée par l'oblitération du lacis vasculaire de ces organes, et par l'obstacle qui en résulte (1). M. Andral la regarde comme une hypertrophie de l'un des élémens des tissus où on la rencontre (2). Nous n'avons pas examiné cette altération avec assez de soin pour pouvoir émettre une opinion sur sa nature.

Quelle est la nature de la matière morbifique qui, déposée dans la trame des tissus, devient ainsi la cause de leur désorganisation? Quelle en est la source? Existe-t-elle toute formée dans le sang, avant de produire les lésions locales par lesquelles elle se manifeste? ou bien est-elle un produit de ces lésions? Nous allons essayer de répondre à ces questions difficiles, autant que le permet l'état actuel de la science.

(1) *Considérations sur un point d'anatomie, pathologique du foie*; *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, tom. 9e, 1826.

(2) *Clinique médicale*, tom. IV.

La nature de cette matière morbifique diffère dans toutes les désorganisations; il suffit du plus simple examen pour se convaincre qu'elle n'est pas la même dans les tubercules, la mélanose ou le squirrhe. Nous pensons que, dans les tubercules elle est formée par la lymphe concrétée; elle en a du moins tous les caractères physiques. On croit assez généralement que c'est la matière colorante du sang, et du carbone, qui la constituent dans la mélanose; celle du squirrhe paraît être principalement formée par de l'albumine et de la fibrine décolorée. Quoi qu'il en soit, on n'y trouve aucune substance étrangère à l'économie, aucun corps qu'on ne puisse retrouver par l'analyse chimique dans la matière animale saine; le sang et la lymphe ont donc pu seuls en fournir les matériaux.

Il s'agit maintenant de savoir si la matière tuberculeuse, la matière mélanique, et la matière squirrheuse ou cancéreuse se forment primitivement dans le sang, sous l'influence de certaines causes, avant de se jeter, pour ainsi dire, sur les organes. Or, on voit tous les jours les tubercules et le squirrhe succéder à des inflammations locales, rester eux-mêmes locaux comme la cause qui les a produits, être éliminés ou enlevés par l'art, et ne plus se former de nouveau; enfin, bien que pouvant se développer dans tous les organes, on les voit en affecter certains plus particulièrement: et tous ces faits repoussent l'idée d'une altération primitive du sang et de la lymphe; car, dans cette hypothèse, ces fluides existans dans toute l'économie, inondant tous les organes, devraient porter partout à la fois les principes de désorganisation dont ils seraient troublés, et l'on n'observerait ni cette localisation dans l'origine du mal, ni la possibilité de guérir par un traitement local, ni cette sorte de préférence pour certains organes. Ces matières morbifiques n'existent donc pas toutes formées dans le sang ou la lymphe. Bien que les circonstances du développement de la mélanose ne soient pas connues, on doit leur appliquer par analogie tout ce que nous venons de dire des tubercules et du cancer.

Le sang et la lymphe contiennent donc seulement les élémens des matières tuberculeuse, mélanique, et cancéreuse, comme ils renferment les élémens de la graisse, de la sueur, de l'urine, etc. Dans des circonstances données, sous l'empire de certaines conditions, chez des individus prédisposés, une cause de maladie venant à agir, de la lymphe abandonne les vaisseaux qui la contiennent, elle est déposée dans les aréoles d'un tissu, elle s'y concrète, et voilà les tubercules; la matière colorante du sang et une grande quantité de carbone imprègnent un parenchyme, et la mélanose commence; de la fibrine décolorée et de l'albumine concrète, ou plutôt du sang privé de matière colorante, engorgent les mailles d'un tissu altéré, et le squirrhe est ainsi formé. Mais ces matières sorties des vaisseaux qui leur sont propres, hors de leurs combinaisons naturelles, soustraites à ce mouvement continuel qui les faisait participer à la vie, rentrent en partie sous l'empire des lois chimiques: elles fixent sans cesse autour d'elles des molécules de même nature, bientôt elles s'altèrent,

et ne tardent pas à entraîner la désorganisation des tissus qui les entourent.

Dans cette première période de leur développement, les maladies qui nous occupent n'ont fait que s'accroître autour d'elles; elles sont restées locales. Mais dans une seconde période, dont l'époque varie suivant une foule de circonstances, une nouvelle série de phénomènes apparaît: le tissu désorganisé réagit sur ceux avec lesquels il sympathise dans l'état de santé, et ceux-ci ne tardent pas à participer au désordre dont il est atteint; ils sont frappés de la même espèce de désorganisation : *de locale qu'elle était, l'affection devient générale.* Il se pourrait que ce ne fût pas toujours par la voie des sympathies que le mal se propage et se répète dans les divers tissus. Il est possible que la matière morbifique soit quelquefois absorbée dans le principal foyer, et que, transportée par la voie de la circulation dans toute l'économie, ce soit elle qui multiplie parfois le désordre. La promptitude avec laquelle un assez grand nombre de tissus vient tout à coup participer à la désorganisation, ne peut se bien concevoir que dans cette dernière hypothèse. N'a-t-on pas trouvé de la matière tuberculeuse et cancéreuse dans les gros vaisseaux, chez des individus porteurs de nombreux tubercules et de cancers multipliés? Cependant, on a observé des exemples d'un seul caillot cancéreux dans une veine, sans qu'il existât la moindre trace de cet état morbide dans d'autres points de l'économie (1); on a vu, d'un autre côté, de nombreux tubercules à l'état de crudité disséminés sur plusieurs organes : et tout ces faits contredisent l'opinion qui explique la généralisation des désorganisations par la voie de la circulation. Quoi qu'il en soit, lorsque le mal en est arrivé à ce point, il y a *diathèse* tuberculeuse, mélanique, cancéreuse; de nouveaux caractères sont revêtus par la maladie, et la différence est telle entre la marche et les effets de cette seconde période, et la marche et les effets de la première, qu'on ne dirait plus la même affection. Nous ferons remarquer, à cette occasion, que les médecins qui prétendent que les tubercules et le cancer sont des maladies générales, puisent leurs preuves dans les phénomènes de la seconde période, tandis que les partisans de l'opinion contraire cherchent les leurs dans les effets morbides de la première. On ne parviendra pas à se mettre d'accord, tant que l'on raisonnera ainsi de part de d'autre; il est évident que, comme nous l'avons déjà dit, ces maladies sont locales au début, et peuvent devenir générales par la suite.

Les réflexions auxquelles nous venons de nous livrer ne sont en aucune manière applicables au *carcinôme* ou *ulcère rongeant*, ni à la *pourriture d'hôpital*. On n'a pas encore pu pénétrer le mystère de cette destruction spontanée des tissus qui forme le caractère commun de ces deux affections. Quelque étendue qu'elles acquièrent, c'est uniquement autour d'elles qu'elles se propagent; elles ne se répètent pas dans les tissus éloignés par la voie des sympathies ou celle de l'absorption, elles sont donc toujours locales.

Chaque forme de désorganisation a ses symptômes locaux propres, symptômes variables encore pour chacune d'elles, suivant les organes qu'elle affecte; nous ne pouvons donc pas entreprendre de les tracer d'une manière générale. Ces maladies sont très-graves; elles le sont d'autant plus qu'elles sont plus anciennes, et cela se conçoit aisément : dans tout tissu qui se désorganise, il arrive un terme où rien ne peut lui rendre son organisation normale. Aussi les trois premières, les tubercules, la mélanose et la cyrrhose, sont-elles très-rarement curables; et le squirrhe ne doit sa plus grande curabilité qu'à ce que, placé souvent à l'extérieur, il attaque des organes moins importans, et que surtout il est accessible aux ressources puissantes de la chirurgie. C'est à ces mêmes circonstances que le carcinôme et la pourriture d'hôpital doivent d'offrir quelques chances de guérison.

Le traitement des désorganisations est toujours très-difficile et rarement suivi de succès : ramener les tissus désorganisés à leur organisation normale, telle est sans doute la première indication qui se présente; mais combien n'est-elle pas difficile à remplir! elle est quelquefois impossible dès le début même de la maladie. La seconde indication consiste à extirper les parties désorganisées, lorsqu'elles sont accessibles aux instrumens chirurgicaux. Les moyens de remplir l'une et l'autre indication seront exposés en traitant de chacune des désorganisations en particulier, et nous aurons plus d'une fois à déplorer leur impuissance. C'est donc à prévenir ces maladies qu'il faudrait surtout s'attacher; mais peut-on espérer d'y réussir, tant qu'on ne connaîtra pas mieux les causes qui les produisent, et les conditions d'organisation qui prédisposent à les contracter? Nous verrons cependant que quelques unes de ces conditions sont connues, et nous essaierons d'en déduire des préceptes utiles; nous verrons aussi que l'art n'est pas toujours impuissant pour détruire ces maladies. Mais ces considérations, différant pour chacune d'elles, ne peuvent trouver place que dans leur histoire particulière.

(1) *Observations de productions cancéreuses trouvées dans différentes veines*, par J.-B. C. Rodet, etc. *Journal de médecine vétérinaire et comparée*, octobre 1829.

# ORDRE PREMIER.

## TUBERCULES.

### Des tubercules en général.

On donne le nom de *tubercules* à des tumeurs de grosseur variable, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un œuf de dinde, de forme tantôt ronde et régulière, tantôt ovoïde, aplatie, irrégulière, quelquefois enveloppées d'un kyste, et souvent non enkystées, uniques ou multiples, isolées ou réunies et confondues en masses, formées par une matière opaque, d'un jaune pâle, d'une consistance un peu plus forte que celle de l'albumine concrète dans les premiers temps de sa formation, qu'on appelle époque de *crudité*, et devenant, après un laps de temps indéterminé, quelquefois très-court, et d'autres fois prolongé pendant plusieurs années, successivement friable, molle, puis liquide comme du pus, changement qui constitue sa période de *ramollissement*. La matière qui forme ces tumeurs s'épanche, s'infiltre quelquefois dans les tissus; la nature de la maladie reste bien encore la même, mais le nom de *tubercules* ne lui convient plus. C'est à tort aussi qu'on a donné à la matière tuberculeuse le nom de *tissu accidentel*; vainement on y a cherché des traces d'organisation ou de texture.

Sous la forme de tubercules ou simplement infiltrée, la matière tuberculeuse a été trouvée dans presque tous les organes. Les poumons en sont le siége le plus fréquent; viennent ensuite les intestins, les ganglions mésentériques, les glandes cervicales, la prostate, la rate, les ovaires, les reins, l'utérus, le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, le foie, les os.

Les tubercules du cerveau sont plus fréquens que ne semble l'indiquer le rang que nous leur assignons dans cette énumération; mais comme ce sont les enfans qui en offrent les plus nombreux exemples, et que les résultats que nous donnons ont été pris chez les adultes (1), nous ne pouvons fournir de données précises sur leur degré de fréquence. Il est rare que la matière tuberculeuse existe dans un seul organe à la fois; M. Louis l'a toujours trouvée dans les poumons, en même temps que dans d'autres organes; cependant d'autres observateurs ont trouvé des tubercules dans le cerveau, sans que les poumons en continssent (2), et nous en avons observé de très-nombreux dans le foie, sans qu'il en existât dans aucun autre organe.

Les causes de la production des tubercules sont, depuis quelques années, un grand sujet de contestation. M. Broussais enseigne qu'ils sont toujours le résultat d'une inflammation, et plusieurs médecins adoptent son opinion; elle nous paraît cependant exagérée. Nous croyons bien, avec ce savant professeur, que l'inflammation est une des causes puissantes de leur développement, mais des faits nombreux nous semblent prouver qu'ils se forment souvent sans que l'inflammation y ait aucune part. Sous quelles influences se développent-ils alors? Nous allons essayer de jeter quelque jour sur cette matière encore très-obscure, malgré les nombreux efforts tentés dans ces derniers temps pour l'éclairer, et pour cela nous allons interroger les faits.

L'inflammation est sans doute une cause fréquente de la formation des tubercules; on les a vus en effet succéder manifestement à des inflammations traumatiques, ou naître sous leur influence; M. Cruveilhier a prouvé tout récemment par des expériences intéressantes, qu'on pouvait les développer à volonté en injectant du mercure dans les tissus (1). L'encéphalite est quelquefois la cause des tubercules du cerveau; M. Bouillaud a mis cette vérité hors de doute (2); ceux du poumon sont souvent produits par la bronchite, la pneumonite, la pleurite, et les faits qui le démontrent surabondent dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, ceux du mesentère sont souvent l'effet évident de l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale; enfin ceux du foie naissent très-fréquemment sous l'influence de la phlegmasie chronique de la portion pylorique de l'estomac et de celle du duodénum, et succèdent dans quelques cas à la phlegmasie du foie lui-même. Ces vérités sont assez généralement admises.

Mais si l'inflammation peut souvent provoquer seule la formation des tubercules, plus fréquemment peut-être elle ne les produit qu'avec le concours d'autres causes. Ainsi, l'inflammation gastro-intestinale ne provoque pas en général l'engorgement des ganglions mésentériques dans les saisons chaudes et sèches, tandis qu'elle en développe de nombreux au contraire dans les saisons froides et humides; c'est un fait qu'on peut vérifier tous les jours. Les phlegmasies pulmonaires n'entraînent que rarement la désorganisation tuberculeuse dans les contrées méridionales; et l'on sait au contraire que la plupart de nos soldats qui étaient pris de ces inflammations dans la Hollande, se voyaient bientôt après atteints de cette désorganisation funeste (3). Le docteur Clot-Bey, aussi bon observateur qu'ami zélé de la science, a fait la remarque que les tubercules pulmonaires sont très-rares en Egypte, et ne s'y montrent guère que chez les nègres du Sennaar, pour lesquels il existe une différence très-sensible entre la température du nord de l'Afrique et celle de la brûlante Nubie. Enfin, les

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, par P. Ch. A. Louis; Paris, 1825. Ouvrage riche des résultats d'une sévère et sage observation, comme tout ce qui sort de la plume de cet auteur.

(2) Léveillé, *Recherches sur les tubercules du cerveau*, thèse; Paris, 1824. Cette dissertation est du plus grand intérêt par les faits nombreux qu'elle contient; elle sort tout-à-fait de la ligne des ouvrage de ce genre.

(1) Note pour servir à l'*Histoire des tubercules*, par M. Cruveilhier, professeur, etc. *Nouvelle Bibliothèque médicale*, année 1826.

(2) *Traité clinique et physiologique de l'encéphalite*. Paris, 1825.

(3) *Histoire des phlegmasies chroniques*, par M. Broussais, etc.

inflammations du cerveau ne produisent en général des tubercules que chez les enfans soumis à l'action du froid et de l'humidité. Il résulte donc de ces faits, que le froid humide est une des conditions souvent nécessaires de la formation des tubercules. Poursuivons.

L'inflammation d'un organe, aidée d'une température froide et humide, est souvent même impuissante pour faire naître des tubercules. On voit tous les jours des individus en grand nombre soumis à cette double influence, sans qu'il se développe chez eux la moindre affection tuberculeuse; ou en voit d'autres au contraire chez lesquels ces causes la développent avec la plus grande facilité : ce sont les individus chez lesquels existe une prédominance relative ou absolue du système lymphatique sur le système sanguin, les individus d'un tempérament lymphatique, en un mot, les femmes et les enfans. L'aptitude à contracter des tubercules est, pour ainsi dire, attachée à cette organisation; le tempérament lymphatique est donc une troisième condition nécessaire à leur développement.

Il est une quatrième cause qui contribue puissamment à la formation des tubercules, c'est l'alimentation insuffisante ou composée de substances trop peu nutritives ou non stimulantes. L'action de cette cause ne peut sans doute pas être facilement démontrée, mais elle ne nous paraît pas moins incontestable, et nous croyons avoir observé plus d'un exemple de tubercules pulmonaires à la production desquels elle n'a pas été étrangère. Tous les auteurs s'accordent d'ailleurs à ranger les alimens aqueux, farineux, non stimulans, parmi les causes des tubercules mésentériques et celles des scrofules, qui ne sont, tout bien considéré, que des tubercules sous-cutanés. Enfin les animaux herbivores contractent fréquemment et avec facilité des affections tuberculeuses, tandis qu'il est rare d'en rencontrer et difficile de les faire naître chez les carnivores, et ce grand fait nous semble mettre hors de doute l'influence immense qu'exerce l'alimentation sur le développement de cette maladie.

Enfin, l'observation journalière prouve, et tous les auteurs reconnaissent, que la masturbation et les excès vénériens produisent très-fréquemment les tubercules pulmonaires, ou tout au moins favorisent puissamment leur production.

En conséquence, l'inflammation, le froid humide, le tempérament lymphatique porté à l'excès, une alimentation insuffisante ou trop peu excitante, la masturbation et les excès vénériens sont autant de causes des tubercules; il est probable que ce ne sont pas les seules. Il ne faut donc pas chercher dans une cause unique la raison de leur formation. On nous objectera sans doute que la première seule peut les *produire*, et que l'action des autres se borne à *prédisposer* à la contracter. Examinons un peu cette assertion.

D'abord, l'objection repose sur une distinction futile. Chacun sait qu'entre les causes prédisposantes des maladies et leurs causes productrices, il n'existe que des différences de degré et non d'action. Faites agir plusieurs causes prédisposantes ensemble, ou l'une d'elles avec énergie, elles deviendront efficientes, et une maladie sera produite. Le raisonnement nous conduit donc déjà à admettre que les causes prédisposantes des tubercules peuvent aussi les produire lorsqu'elles sont intenses. En second lieu ce n'est qu'une assertion sans preuves, et des faits nombreux viennent au contraire étayer l'opinion opposée, à laquelle le raisonnement nous a déjà conduits. En effet, les auteurs sont pleins d observations qui attestent que les tubercules ont pu se développer dans le cerveau (Léveillé), dans les poumons (Laënnec, Louis), sans que la moindre phlegmasie y ait participé. L'exemple de ce qui se passe à l'extérieur ne nous en démontre-t-il pas la possibilité ou plutôt la réalité? Ne voyons-nous pas tous les jours des masses tuberculeuses se développer autour du cou de quelques individus, sans avoir été précédées par aucun symptôme inflammatoire, et cela sous l'influence du froid humide et de la mauvaise alimentation que nous avons indiquée? Pourquoi donc se refuser à admettre qu'il puisse se passer dans la profondeur des organes ce que nous voyons avoir lieu sous nos yeux à l'extérieur? Enfin, osera-t-on prétendre que ces individus, dont les cadavres nous offrent tout à la fois des tubercules dans le cerveau, le cervelet, au cou, sous une aisselle, dans les deux poumons, le mésentère, les lombes et la rate (1), tubercules arrivés à peu près au même degré de développement, ce qui prouve qu'ils s'étaient formés presque tous en même temps; osera-t-on prétendre, disons-nous, que ces individus avaient été frappés d'inflammation dans toutes ces parties à la fois, quand à peine quelques signes d'excitation se sont montrés pendant la vie? Nous ne le pensons pas. Reconnaissons donc que l'inflammation n'est pas indispensable à la production des tubercules, et que, par exemple, un individu très-lymphatique, nourri de farineux ou de végétaux, et soumis à l'action prolongée du froid et de l'humidité, peut devenir phthisique ou scrofuleux sans l'intervention de ce mode d'irritation.

Mais s'il n'est pas nécessaire qu'un organe soit enflammé pour que la matière tuberculeuse s'y dépose, il est besoin cependant que la vitalité y soit au moins accrue : c'est encore aux faits que nous en demanderons les preuves. Ainsi, les tubercules cérébraux sont très-fréquens dans l'enfance, époque de la vie où se fait l'éducation des sens, où le cerveau est par conséquent l'aboutissant d'une foule de sensations variées, et par suite un centre d'action forte et continuelle, tandis que les exemples en sont très-rares aux autres âges; les scrofules surviennent le plus ordinairement vers sept à huit ans, époque de la seconde dentition, qui entretient un état d'excitation prolongée autour des mâchoires et au cou; les tubercules pulmonaires se développent surtout dans l'adolescence et l'âge adulte, lorsque la poitrine commence à s'accroître en largeur et en épaisseur, et qu'il existe un surcroît d'activité vitale dans les organes respiratoires; les tubercules du foie se montrent presque exclusivement dans l'âge mûr et chez les vieillards, âges des stimulations gastriques et de

(1) Louis, *ouvrage cité*, neuvième observation.

l'accroissement de l'abdomen; enfin, à tous les âges, les tubercules mésentériques naissent presque constamment sous l'influence des irritations de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Quant à la nature de cette irritation, elle ne nous paraît avoir rien de particulier, et c'est aux conditions d'organisation des individus et aux circonstances hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent placés, qu'il faut s'en prendre de la spécialité de l'altération morbide qu'elle fait naître.

Tous ces points de l'étiologie des tubercules étant éclaircis, si l'on nous demande maintenant quel en est le mode de formation, nous avouerons franchement notre incertitude à cet égard. Dirons-nous avec MM. Bouillaud et Andral, qu'ils sont produits par une sécrétion de pus, dont les parties les plus liquides sont absorbées, et qui finit par se concréter ? Mais cette opinion n'est qu'une conséquence obligée de celle qui attribue leur formation comme celle de toutes les désorganisations, à l'irritation inflammatoire; car point de pus sans inflammation; et si nous avons prouvé que les tubercules pouvaient naître sans le concours de ce mode d'irritation, leur nature n'est pas telle qu'on la suppose; cette opinion est d'ailleurs, ce nous semble, peu d'accord avec l'observation des faits. On voit tous les jours du pus disséminé dans le tissu cellulaire ou dans la trame des tissus, ou bien rassemblé dans un foyer, être résorbé en totalité, et nulle part on ne le voit laisser de résidu solide; ce n'est donc pas du pus qui se solidifie pour former les tubercules. Enfin, si l'on admet que les scrofules sont des tubercules sous-cutanés, il devient évident que le pus est étranger à la formation de ces corps. Une opinion qui nous paraît beaucoup plus probable, est celle que nous avons émise en 1824 (1), laquelle tend à considérer les tubercules comme le résultat d'un afflux de la lymphe, sur un organe dont la vitalité est accrue. Cette lymphe, disions-nous, s'échappe de ces vaisseaux, comme le sang s'échappe des siens dans l'inflammation; elle se concrète immédiatement, parce que c'est toujours ce qui a lieu aussitôt qu'elle est sortie de ses réservoirs naturels, et selon qu'elle s'est échappée par gouttelettes, ou accumulée dans quelques points, ou épanchée dans les tissus; il y a des *tubercules disséminés*, des *tubercules agglomérés ou en masse*, ou des *infiltrations tuberculeuses*.

Les tubercules sont quelquefois enveloppés d'un kyste, lequel consiste ordinairement dans une toile celluleuse, mince et peu résistante. Cette poche leur est fournie par le tissu même des organes; ce qui le prouve, c'est que lorsqu'ils sont en contact avec les os, ils en sont dépourvus par la face qui correspond au tissu osseux.

Les symptômes des tubercules diffèrent suivant les organes dans lesquels ils se sont développés; ils n'offrent rien de spécial, et consistent presque uniquement dans ceux de l'irritation de l'organe affecté. Les tubercules n'agissent en général et pendant long-temps sur les tissus, que comme des corps étrangers inertes; ils les irritent ou en gênent les fonctions, par leur masse, par leur poids, ou par leur nombre. La marche des symptômes qu'ils produisent présente deux périodes bien distinctes; l'une correspond à l'état de sécheresse, de consistance, de *crudité*, des tubercules, on la nomme *période de crudité*; l'autre qui vient ensuite et commence à l'époque de leur ramollissement, c'est la *période de ramollissement*; mais les caractères de ces périodes elles-mêmes sont trop différens dans chaque organe pour pouvoir être indiqués d'une manière générale; nous les ferons connaître plus tard. Nous dirons seulement que, dans tous les tubercules, le ramollissement commence ordinairement par le centre, bien que, cependant, on le voie quelquefois commencer par la circonférence. Les tubercules se développent en général très-lentement; ils entraînent presque toujours la destruction des tissus qui les entourent, et ne peuvent guérir qu'après s'être ramollis et vidés au dehors; leur pronostic est toujours très-grave lorsqu'ils occupent un organe intérieur.

Il n'existe pas, à proprement parler, de traitement propre à cette maladie, lorsqu'elle est une fois déclarée; c'est donc à la prévenir que doivent tendre tous les efforts du médecin. A cet effet, on doit soustraire les individus prédisposés, à l'influence du froid humide, les transporter dans les pays chauds, si cela est possible, les couvrir de flanelle appliquée immédiatement sur la peau, et les nourrir presque exclusivement de viandes. Les tubercules pulmonaires sont très-rares chez les bouchers. Ce fait, dont personne n'a parlé, et que nous avons vérifié depuis quelques années, est digne de toute l'attention des praticiens. N'est-ce pas à leur nourriture presque exclusivement animale, ou à l'influence de l'atmosphère chargée d'émanations animales au milieu de laquelle vivent ces individus, qu'ils doivent cette sorte d'immunité? Cela ne justifie-t-il pas le conseil que nous donnons de nourrir de viandes les individus prédisposés aux tubercules?

Nous avons dit qu'on avait observé des tubercules dans tous les organes; mais on n'a bien étudié jusqu'à ce jour que ceux du cou, du cerveau, des poumons, du foie, et du mésentère; ce sont les seuls qui nous occuperont.

### Des tubercules du cerveau.

L'histoire des tubercules du cerveau est en général peu connue de la plupart des médecins. C'est aux recherches de M. Léveillé neveu principalement, que l'on doit les connaissances que l'on possède sur cette maladie (1). Whit, Nysten, Laënnec, Bayle, MM. Mérat, Cayol, Rochoux, Mitivier, Lepelletier, Giraud, Itard, Chomel, Vitry, Piedagnel, Bouillaud et Louis, en ont cependant publié des observations; mais personne avant M. Léveillé n'en avait fait le sujet d'un travail spécial.

Ces tubercules sont assez fréquens dans l'enfance, ils sont au contraire très-rares aux autres âges; on en rencontre dans le cerveau, dans le cervelet, dans la moelle épinière, sur les membranes qui enveloppent ces parties; mais les plus fréquens, les mieux connus sont ceux du cerveau. Chez les

(1) *Journal général de médecine*, tom. 89.

(1) *Thèse citée.*

adultes, il n'est pas rare de trouver un tubercule unique; mais chez les enfans, on en voit presque toujours plusieurs ensemble; ils sont même quelquefois très-nombreux. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule; leur forme est aussi variable; en général cependant, ils sont ronds ou ovoïdes, et plus ou moins aplatis; mais on les trouve quelquefois irréguliers, de forme murale, tout-à-fait informes. Ils sont ordinairement blancs, jaunes ou verdâtres, et d'une consistance assez ferme dans les premiers temps de leur formation ou *période de crudité*; ils prennent la couleur et la consistance du fromage mou, et dans les derniers temps même celle du pus, lorsqu'ils sont anciens et parvenus à leur *période de ramollissement*. On les trouve presque toujours entourés d'un kyste, peu formé et même difficile à reconnaître dans les premiers temps de leur développement, mais devenant de plus en plus distinct, et bientôt formé de deux membranes évidentes, l'externe serrée, dense, mais mince et facile à déchirer, l'interne au contraire, celluleuse, solide, élastique et résistante. Chaque tubercule est ordinairement isolé; ils arrive cependant quelquefois que plusieurs se touchent, adhèrent, et finissent par communiquer entre eux.

Les tubercules se développent dans l'intervalle des fibres de la substance cérébrale, et l'on peut souvent, par une dissection attentive, voir ces fibres s'écarter pour embrasser un tubercule. C'est ce caractère qui les distingue du *squirrhe* du cerveau. Mais quand la substance cérébrale est altérée autour d'eux, ce caractère n'existe plus, et la distinction devient difficile. Quoi qu'il en soit, on trouve souvent les circonvolutions cérébrales aplaties dans le voisinage du siége des tubercules; on rencontre toutes les altérations que nous avons indiquées en parlant de la cérébrite, et très-fréquemment surtout un épanchement plus ou moins considérable de sérosité.

*Causes*. On ne connaît pas les causes des tubercules du cerveau. M. Broussais pense qu'ils sont toujours l'effet de l'inflammation de ce viscère (1), et M. Bouillaud a cherché à démontrer cette opinion (2). Nous ne reproduirons par ici les raisons qui nous ont fait adopter l'opinion contraire; nous dirons seulement que l'on a plus d'une fois trouvé des tubercules, même nombreux, dans le cerveau d'enfans qui n'avaient offert aucun symptôme d'excitation cérébrale pendant la vie; et nous ferons remarquer que les tubercules cérébraux sont excessivement rares chez les vieillards, tandis qu'ils sont fréquens chez les enfans, quoique l'inflammation du cerveau s'observe plus souvent chez les premiers que chez les seconds. Le froid humide paraît beaucoup contribuer à leur production, et c'est principalement chez les enfans soumis à son influence, tenus malproprement et mal nourris, qu'ils se développent. L'existence d'autres tubercules dans les poumons est aussi une des conditions les plus puissantes de leur développement.

*Symptômes*, etc. Une céphalalgie vive, prolongée, continuelle, opiniâtre, paraît être le symptôme le plus constant des tubercules cérébraux; des vomissemens l'accompagnent quelquefois, ils sont remarquables par leur continuité, leur persistance, et leur résistance aux moyens qu'on emploie pour les combattre; aucun autre symptôme gastrique ne les accompagne; on voit évidemment qu'ils sont sympathiques; ils sont souvent calmés par les stimulations de l'estomac. A ces deux symptômes, les seuls peut-être que l'on puisse regarder comme propres aux tubercules cérébraux, se joignent quelquefois ceux de l'*hydrocéphale* ou ceux de l'*épilepsie*. (Voyez ces maladies.) Tous les accidens qui accompagnent la cérébrite, tels que contracture des muscles, exaltation de la sensibilité, paralysie, perte de l'intelligence, coma, etc. (voyez *Cérébrite*), peuvent accompagner aussi les tubercules cérébraux, mais c'est qu'alors la substance cérébrale s'est enflammée autour d'eux; il y a complication.

La céphalalgie, les vomissemens, les accidens épileptiques, et quelque trouble dans les idées, sont en dernier résultat les symptômes les plus ordinaires des tubercules du cerveau; mais comme ils peuvent accompagner d'autres affections cérébrales, on voit que le diagnostic de celle qui nous occupe est rarement possible. La marche de ses symptômes n'est même pas toujours uniforme, et tantôt ils sont continus, et tantôt intermittens. Les progrès de cette maladie sont en général assez lents; on ne conçoit pas qu'elle soit susceptible de guérison.

*Traitement*. On ignore complètement quels moyens pourraient être utiles contre les tubercules cérébraux, si l'on parvenait à les diagnostiquer; il n'est pas probable même que l'art parvienne jamais à les guérir. On ne peut donc que recommander de combattre les maladies qui viennent ordinairement les compliquer, et cela par les moyens que nous avons indiqués en traitant de chacune de ces affections en particulier. (Voyez *Cérébrite*, *Épilepsie*, *Hydrocéphale*.)

Des tubercules sous-cutanés ou scrofules.

Nous avons déjà dit que l'on avait confondu jusqu'ici, sous le nom de scrofules, deux affections essentiellement différentes; l'engorgement sub-inflammatoire des ganglions lymphatiques, et les tubercules sous-cutanés. Nous avons tracé ailleurs l'histoire de la première de ces maladies; c'est ici le lieu de nous occuper de la seconde.

*Causes*. Tous les tempéramens peuvent être affectés de scrofules, mais le tempérament lymphatique y prédispose d'une manière toute spéciale. La presque totalité des individus qui en sont atteints ont en effet le système lymphatique prédominant; ainsi les enfans et les femmes en sont-ils bien plus fréquemment affectés que les adultes et les hommes. Mais cette prédominance ne suffit pas pour prédisposer aux scrofules; il faut encore y joindre une peau très-fine et très-impressionnable. On donne comme signes extérieurs de cette prédisposition: une peau fine et blanche, des cheveux blonds, des formes arrondies, des traits délicats, un teint rosé, de grosses lèvres, la largeur de la

(1) *Examen des doctrines médicales*, tom. I.
(2) *Traité de l'Encéphalite*.

mâchoire inférieure, des dents ternes ou qui se carient de bonne heure, une tête volumineuse, une poitrine étroite et aplatie, un gros ventre et des chairs molles et flasques. Ces caractères sont loin de toujours exister, mais il est certain que les sujets qui les présentent réunis échappent rarement aux scrofules, si on ne les entoure de bonne heure de conditions hygiéniques propres à contre-balancer leur mauvaise constitution, conditions que nous ferons connaître plus loin. Cette maladie est beaucoup plus commune en Europe que dans les autres parties du monde, et certaines contrées, comme l'Angleterre et la Hollande, comptent un bien plus grand nombre de scrofuleux que d'autres, telles que l'Espagne et l'Italie. Il est digne de remarque, que la Corse en est entièrement exempte. En France, certaines provinces, la Sologne, le Dauphiné, l'Auvergne, la Champagne, etc., en sont infectées. Les causes productrices les plus puissantes sont : le froid humide, et l'absence des rayons solaires.

La mauvaise nourriture, celle surtout qui consiste dans l'usage continu des farineux, du mauvais pain, du cidre, de l'eau de neige fondue ou chargée de sulfate de chaux; l'allaitement par une nourrice scrofuleuse ou enceinte, et le virus syphilitique, contribuent aussi à les faire naître. Il est impossible de révoquer en doute l'hérédité des scrofules, mais les affections scrofuleuses ne sont pas héréditaires dans le sens qu'on attache ordinairement à ce mot; c'est uniquement la disposition à les contracter que l'on reçoit de ses parens, avec une organisation semblable à la leur, et non pas un *germe* de ces affections. Il en est de même de l'hérédité de toutes les maladies.

*Symptômes et marche.* On voit souvent les scrofules être précédés par le gonflement de la lèvre supérieure et des ailes du nez, et surtout par une légère inflammation de l'ouverture extérieure des narines. Mais qu'ils en soient ou non précédés, ils consistent ordinairement en des engorgemens durs, bosselés, mobiles d'abord et fixes plus tard, indolens ou à peine douloureux; la chaleur de la peau qui les recouvre est rarement augmentée ou l'est à peine, sa coloration n'est pas changée. Ils occupent les régions latérales du cou, et y forment de telles masses chez quelques malades, qu'ils gênent les mouvemens de la tête, s'opposent au libre écartement des mâchoires, et quelquefois compriment les gros vaisseaux et la trachée. Ces tumeurs restent presque toujours plusieurs mois indolentes, et se dissipent rarement par résolution lente et spontanée. Le plus ordinairement elles finissent par se ramollir après avoir augmenté rapidement de volume. Un peu plus chaudes et plus douloureuses que jusqu'alors, la fluctuation s'y fait bientôt sentir; la peau devient luisante, puis bleuâtre, d'un rouge brun et azuré, elle s'amincit, s'ouvre, et donne issue à un pus séreux et contenant quelquefois de petits flocons. La petite plaie qui en résulte est toujours irrégulière; les bords en sont durs, élevés, décollés et d'un rouge livide; la suppuration continue d'être séreuse, et paraît être formée par la lymphe altérée; on n'obtient la cicatrisation du petit ulcère qu'avec une difficulté extrême, et lorsqu'on y est enfin parvenu, cette cicatrice est irrégulière, difforme, enfoncée et adhérente, et laisse des traces indélébiles.

Plusieurs tubercules sous-cutanés peuvent suppurer en même temps ou successivement, et s'ils sont nombreux et considérables, ils peuvent agir sympathiquement sur les organes intérieurs, qui tendent à contracter des affections de même nature, en vertu de l'une des lois des sympathies que nous avons fait connaître; c'est ce qui a fait dire aux auteurs que le *vice scrofuleux* se portait sur les organes intérieurs. Ces nouvelles maladies provoquent les symptômes qui leur sont propres: ce sont ordinairement des tubercules pulmonaires ou mésentériques, sous l'influence desquels le malade s'épuise, tombe dans le marasme et succombe.

On a décrit sous le nom de *scrofules* un gonflement des extrémités articulaires des os, principalement des phalanges, ordinairement suivi de *carie*: on a également attribué au prétendu *vice scrofuleux* la carie des vertèbres, connue sous le nom de *mal de Pott*; on a rapporté à la même cause l'*entérite chronique* des enfans, avec engorgement sympathique des ganglions du mésentère ou *carreau*; enfin, on a donné la même origine aux *tubercules pulmonaires* dans certains cas; mais si toutes ces maladies existent quelquefois avec l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, elles ont lieu très-souvent sans en avoir été précédées ni en être accompagnées. Ce qu'il y a de commun entre toutes ces affections, c'est qu'elles surviennent de préférence aux individus d'un tempérament lymphatique, ce qui établit entre elles quelques analogies dont on a cru ne pouvoir se rendre raison qu'en admettant l'existence d'un prétendu *vice* ou *virus scrofuleux*.

*Durée, terminaisons et pronostic.* Les scrofules sont toujours très-longues, à guérir; cependant elles entraînent rarement la mort; la résolution et la suppuration en sont les modes ordinaires de terminaison; il est peut-être sans exemple que la gangrène s'en soit emparée. L'époque de la puberté exerce presque toujours une heureuse influence sur cette maladie, et beaucoup d'enfans en sont débarrassés alors; le printemps produit souvent le même effet, mais souvent aussi il provoque l'inflammation des engorgemens et hâte leur suppuration. On peut regarder cette maladie comme grave, en raison de sa lenteur, des cicatrices difformes qu'elle laisse souvent après elle, et de la funeste constance avec laquelle elle se transmet par voie de génération.

*Traitement.* Les parens scrofuleux qui veulent préserver leurs enfans de cette maladie, doivent les confier à des nourrices jeunes, fortes et brunes, qui usent de bons alimens et habitent des endroits élevés, secs et bien aérés. Quelques médecins conseillent l'allaitement par une chèvre; il vaudrait sans doute mieux avoir recours à ce mode d'allaitement, que de donner l'enfant à une nourrice qui ne réunirait pas les conditions ci-dessus. Il faut éviter de leur donner de la bouillie, et les nourrir avec des alimens sains, nourrissans et faciles à digérer. Un peu de vin leur est quelquefois avantageux lorsqu'ils atteignent un an ou deux;

mais on ne doit leur en donner qu'avec beaucoup de modération, et en surveiller attentivement les effets sur les voies digestives et l'encéphale. La propreté, les vêtemens de flanelle, les frictions sèches et aromatiques sur toute la peau, et l'exposition aux rayons solaires leur sont éminemment avantageux. Ces moyens hygiéniques sont encore les mêmes lorsqu'il s'agit de guérir des individus déjà atteints de scrofules; ils ont pour but d'exciter le système sanguin, de le développer, afin de faire cesser la prédominance du système lymphatique, en lui faisant en quelque sorte équilibre.

Tous les amers, tous les toniques, tous les purgatifs, les anti-scorbutiques et l'électricité, ont été préconisés contre les scrofules. Le houblon, la gentiane, la patience, la centaurée, le quinquina, les sels de fer, le carbonate de potasse, l'hydrochlorate de baryte, ceux de chaux, d'ammoniaque, les préparations mercurielles, antimoniales, les hydrosulfures, etc., ont tour à tour été employés. Aucun n'a paru jouir d'une grande efficacité; ce qui n'a pas empêché de continuer à les employer tous, souvent sans s'occuper de l'état de l'estomac. M. Chrestien a obtenu d'assez nombreux succès de l'emploi de l'hydrochlorate d'or et de soude, administrés comme il a été dit en traitant de la syphilis. Mais, au milieu de ces médications empiriques, on remarque que plusieurs médecins ont conseillé l'éponge calcinée comme un excellent moyen: or, l'on sait aujourd'hui que l'éponge contient de l'iode, et que ce corps simple combustible, possède une assez grande efficacité dans la maladie qui nous occupe. En effet, dans ces derniers temps, on s'est servi avec avantage des frictions avec de la pommade d'hydriodate de potasse, et de la teinture ou du sirop d'iode à l'intérieur: nous comptons quelques guérisons assez rapides par ce moyen. On joint quelquefois avec avantage au traitement local par ces frictions, les saignées locales répétées, les cataplasmes émolliens et légèrement astringens, et la chaleur. On a obtenu des guérisons par les topiques froids long-temps continués: ce moyen est sans doute très-rationnel; mais il a l'inconvénient d'exposer à la terminaison par induration. Il n'en est pas de même des bains froids, qui sont très-avantageux, surtout comme préservatif. Nous n'avons pas besoin de dire que tous les stimulans internes que nous avons énumérés sont dangereux lorsque les voies digestives sont trop irritables, et qu'il faut les réserver pour les individus dont les membranes muqueuses sont pâles, la peau décolorée et froide, les mouvemens lents, et qui sont apathiques et peu irritables.

## Des tubercules pulmonaires ou phthisie pulmonaire.

On a décrit, sous le nom de *phthisie pulmonaire*, la plupart des affections chroniques du poumon et même de la plèvre, tant que l'anatomie pathologique n'a pas eu appris que l'on confondait ainsi plusieurs affections différentes. Les travaux de Bayle (1), et surtout ceux de MM. Broussais (2) et Laënnec (3), ont successivement débrouillé ce chaos, et l'on s'accorde généralement aujourd'hui à réserver la dénomination de *phthisie* aux tubercules développés dans les poumons, et déterminant par leur présence la désorganisation de cet organe et la consomption de l'individu.

*Causes.* Deux opinions sur la cause prochaine des tubercules pulmonaires partagent les médecins. Les uns soutiennent, avec M. Broussais, 1° qu'ils sont l'effet des irritations ou des phlegmasies, surtout chroniques, de la membrane muqueuse pulmonaire, ou du tissu de cet organe, ou de la plèvre; 2° que chez tous les individus, ces phlegmasies peuvent les produire, mais que chez quelques uns, dont le système lymphatique prédomine sur le système sanguin, il suffit de la plus légère irritation pour les faire naître. D'autres prétendent, avec Bayle, que ces corps se développent *nécessairement* chez des individus qui en apportent le *germe* en naissant, et sont rarement les effets de l'irritation. Une discussion sur la valeur respective de ces deux opinions ne saurait trouver place dans un ouvrage élémentaire: nous y reviendrons d'ailleurs dans le cours de cet article.

Les causes prochaines des tubercules pulmonaires sont, à nos yeux, toutes les irritations de la membrane muqueuse pulmonaire, du tissu de cet organe et de la plèvre. La bronchite surtout en est la cause la plus fréquente; aussi occupent-ils le plus ordinairement la partie supérieure des poumons. Il est rare qu'une seule bronchite suffise pour en développer un assez grand nombre pour entraîner la désorganisation pulmonaire: cela arrive quelquefois cependant chez les individus prédisposés; mais dans les cas les plus ordinaires, voici comment les choses se passent: Un homme a, plusieurs années de suite, de *gros rhumes*, comme il les appelle. Sous l'influence de ces irritations bronchiques plus ou moins prolongées, des tubercules se développent dans la partie supérieure des poumons, et chaque affection de ce genre en laisse de nouveaux. Bientôt ils sont assez nombreux pour entretenir dans ces organes un état d'excitation et de toux continuelles, et par suite une extrême impressionnabilité. Enfin, il arrive de trois choses l'une: ou bien un dernier *rhume* survient, qui détermine le ramollissement des masses tuberculeuses; ou bien ces masses irritent le tissu pulmonaire qui les environne, comme le feraient des corps étrangers, et cette irritation réagit sur elles et provoque leur ramollissement; ou bien enfin, elles se ramollissent sans cause appréciable; et, dans tous ces cas, la *phthisie pulmonaire* commence et se manifeste par les signes que nous ferons connaître. Supposez que cet homme ne soit vu par le médecin que dans cette dernière période, et dans les hôpitaux il en est presque toujours ainsi, et celui-ci ne tenant aucun compte des *rhumes* répétés de son malade, ne manquera pas de déclarer la phthisie de ce malheureux *originelle*, *constitutionnelle*, etc.

Quelques individus cependant, à chairs molles, à corps fluet, à poitrine étroite et allongée, et qui souvent ont grandi très-rapidement sans prendre une corpulence proportionnelle, semblent devenir phthisiques tout-à-coup; ils succombent en quelques mois, et, à l'ouverture des cadavres, on

(1) *Recherches sur la phthisie pulmonaire.*
(2) *Histoire des phlegmasies chroniques.*
(3) *De l'auscultation médiate.*

trouve les poumons pleins de tubercules à divers degrés. Ces hommes apportaient-ils donc dès le sein maternel les *germes* funestes de la maladie qui les a conduits au tombeau ? Non, sans doute ; la transmission de ce prétendu *germe* des parens aux enfans est inadmissible (1). En effet, des enfans naissent des parens phthisiques, et n'ont jamais cette affection, s'ils sont soustraits de bonne heure aux causes qui les font naître communément ; que devient le *germe* dans ce cas ? D'autres naissent de parens sains, et sont affectés de *phthisie* pour la moindre cause ; d'où vient le *germe* chez eux ? La phthisie saute quelquefois une génération pour reparaître dans la suivante ; que faisait le *germe* dans la génération épargnée ? On ne peut répondre à ces questions que par des hypothèses ; il vaut donc bien mieux rejeter tout-à-fait ce *germe*, que d'ailleurs personne n'a vu, et dont l'admission n'éclaircit en rien l'histoire de la phthisie, et la rend même plus obscure. On n'hérite de ses parens que de la disposition à contracter cette maladie, parce qu'on hérite de leur organisation. Transportés jeunes dans les pays chauds, livrés à des exercices de gymnastique habilement dirigés dans le but de développer leurs organes pectoraux et la cavité qui les renferme, et nourris avec des alimens propres à faire prédominer le système sanguin, les individus qui ont reçu cette fatale prédisposition, dont nous venons de faire connaître les caractères extérieurs, eussent évité cette phthisie à laquelle on les dit voués par une sorte de *fatalité*. Ils ont, disons-nous, reçu de leurs parens une organisation qui les prédispose à contracter cette terrible maladie par les causes les plus légères ; et lorsque vient l'âge où la poitrine va s'accroître en largeur et en épaisseur, les organes pulmonaires deviennent un foyer d'action vitale plus considérable que jusqu'alors. Mais comme le système lymphatique y jouit, comme partout le corps, d'une irritabilité trop vive, proportionnellement à celle du système sanguin, il s'exalte au-delà des bornes physiologiques, la lymphe surabonde, se dépose, se concrète, et forme ces granulations connues sous le nom de *tubercules*. Il se passe, en un mot, chez ces individus, un phénomène entièrement analogue à celui que présentent les jeunes gens à système sanguin très développé, lesquels, parvenus à cette époque du développement des organes pectoraux, ont des hémoptysies qui durent plusieurs mois, et même plusieurs années, sans apporter le moindre trouble dans la santé. Les jeunes filles offrent surtout de nombreux exemples de ces hémoptysies aux époques menstruelles. Si la lymphe était déposée à la surface de la membrane muqueuse pulmonaire, et pouvait être rejetée au dehors chez les premiers, comme le sang chez les seconds, on ne parlerait pas plus de la *phthisie héréditaire*, qu'il n'est question d'une hémoptysie transmissible des pères aux enfans ; on ne croirait pas plus à la *fatalité* de la première qu'on ne croit à la fatalité de la seconde.

Toutes les causes qui peuvent appauvrir le système sanguin, et faire prédominer le système lymphatique, comme le froid humide long-temps prolongé, l'habitation dans les lieux sombres, l'alimentation exclusivement végétale ou insuffisante, la masturbation, le coït immodéré, prédisposent à la *phthisie pulmonaire*, et, si elles agissent sur un individu placé dans les circonstances d'organisation et d'accroissement dont nous avons parlé ci-dessus, elles la produisent infailliblement. Comme ces causes sont débilitantes, on en avait conclu, ainsi que de quelques autres considérations, que la phthisie pulmonaire était de nature *asthénique*. Répéterons-nous qu'elles ne débilitent que le système sanguin, et font prédominer le lymphatique, et que c'est dans celui-ci que la maladie qui nous occupe a son siége?

De même que la bronchite, les pneumonites et les pleurésies font naître les tubercules en exaltant l'action du système lymphatique des poumons, soit par leur répétition, soit par leur continuité. Quelques gastrites chroniques, et en particulier celles qui sont produites par l'usage des sels de mercure, provoquent souvent une petite toux sympathique, à secousses, qui finit par faire naître des tubercules dans les poumons. Peut-être, dans ce cas, les tubercules pulmonaires sont-ils produits par le dépôt du mercure à l'état métallique dans les vésicules aériennes, ainsi que cela a lieu dans les expériences de M. Cruveilhier, que nous avons précédemment citées.

Nous avons cru nécessaires tous ces détails sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire, parce qu'ils doivent servir de bases aux préceptes thérapeutiques que nous donnerons sur cette affection.

*Symptômes.* Lorsqu'une phlegmasie des bronches, du tissu pulmonaire ou de la plèvre se prolonge au delà du terme ordinaire, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels, on doit nécessairement admettre l'une des deux suppositions suivantes : ou bien elle passe tout simplement à l'état chronique, ou bien ce sont des tubercules développés dans le poumon pendant sa durée, qui entretiennent les symptômes.

Si le malade est de l'âge de vingt à trente ans ; s'il a les formes grêles, la poitrine étroite, et surtout applatie au-dessous des clavicules ; s'il offre, en un mot, les conditions d'organisation que nous avons précédemment fait connaître ; si son père ou sa mère sont morts *phthisiques ;* s'il a éprouvé plusieurs atteintes de l'une des phlegmasies pectorales déjà citées ; s'il vous dit qu'il s'enrhume avec la plus grande facilité ; s'il avait, avant sa maladie, la poitrine habituellement irritée, soit par sa profession, soit par son genre de vie ; s'il a été soumis pendant long-temps à l'influence des causes prédisposantes que nous avons énumérées ; enfin, s'il tousse et maigrit, s'il a le teint pâle et couleur jaune de paille, *il est probable* qu'il est atteint de tubercules, et périra de phthisie pulmonaire.

La somme des probabilités augmente si, après un certain temps d'un état stationnaire des symptômes, tout-à-coup ou graduellement, mais souvent sans cause appréciable, et souvent même au milieu des soins les plus éclairés, le pouls devient plus fréquent, la toux plus incommode ; si le malade expectore, après des efforts de toux considérables, un mucus abondant, filant, presque incolore et

(1) Herbelin, *Thèse sur les scrofules*, Paris, 1822.

demi transparent; s'il survient de la dyspnée; si la peau se décolore; si les forces et l'embonpoint diminuent. Si quelques douleurs passagères se font en même-temps ressentir au-dessous des clavicules, et si le son y est un peu mat, et que le murmure respiratoire ne s'y fasse pas ou ne s'y laisse qu'incomplètement entendre, *il est extrêmement probable* que des tubercules secs occupent la partie supérieure des poumons. Pour le médecin habitué à observer cette maladie, ce sont des certitudes.

Mais le pouls s'élargit, de petites sueurs visqueuses et irrégulières couvrent les bras, la poitrine et la tête; elles augmentent pendant la nuit; la toux est suivie de crachats blancs, crêmeux, et souvent nummulaires, qui tiennent fortement au fond du vase ou sur le carreau, ou bien ils sont granuleux, sanguinolens, sanieux et fétides, ou bien enfin ils ressemblent à du petit-lait dans lequel nageraient des fragmens de caséum; de petites hémoptysies surviennent de temps à autre; le son est ou devient clair dans les points où il était obscur, la dyspnée augmente, le dépérissement est plus rapide, les joues se cavent, les yeux s'enfoncent dans les orbites, etc.; il n'est plus permis de méconnaître l'existence de tubercules ramollis, d'une phthisie pulmonaire parvenue à son plus haut degré; souvent une diarrhée séreuse, *colliquative* (voyez ce mot) accompagne ces derniers symptômes et augmente encore la rapidité du dépérissement.

Si les symptômes de la *phthisie pulmonaire* survenaient toujours dans les circonstances que nous avons indiquées, s'ils se succédaient constamment dans cet ordre, enfin si ceux de la dernière période étaient toujours aussi prononcés, le diagnostic de cette maladie serait peu sujet à erreur. Mais ils se manifestent quelquefois sans avoir été précédés de bronchite, ou de pneumonite, ou de pleurite, ou bien le malade ne présente aucune des conditions, et n'est placé dans aucune des circonstances que nous avons signalées; plus ou moins d'inflammation les accompagne; la mort peut survenir avant qu'il n'y ait eu d'expectoration; la nature des crachats n'est pas toujours bien évidente; elle peut varier plusieurs fois dans une même journée, etc.; et toutes ces causes peuvent jeter de l'incertitude dans le diagnostic. Dans ces cas, il n'existe aucun moyen d'éclairer ses doutes, tant que les tubercules restent secs. Mais dès qu'ils sont ramollis et communiquent avec les bronches, on les reconnaît d'une manière certaine par le moyen du stéthoscope.

Trois signes fournis par cet instrument conduisent à ce précieux résultat; ce sont : la *pectoriloquie*, le *gargouillement* ou *râle muqueux*, et la *respiration trachéale*. La *pectoriloquie* est le signe dans lequel l'instrument, étant appliqué sur les parois thoraciques, dans le point correspondant à une excavation tuberculeuse, et le malade parlant, la voix semble sortir directement de sa poitrine et passer tout entière par le canal central du cylindre. Le *râle muqueux* ou *gargouillement* est le bruit que produit l'air en traversant la matière tuberculeuse ramollie, dans une excavation qui en est en partie remplie et communique avec les bronches. Enfin la *respiration trachéale* se fait entendre pendant l'inspiration, et consiste dans un bruit plus fort que dans l'état naturel, et qui, au lieu d'être une sorte de murmure ou de crépitation résultant de la dilatation des cellules aériennes, ressemble davantage au bruit du vent ou à celui du soufflet. C'est le même son que celui de l'exploration du larynx ou de la trachée fait entendre. Lorsque ces trois signes existent réunis, on peut prononcer, à coup sûr, qu'il existe une excavation tuberculeuse dans le point du poumon correspondant à celui où on les perçoit. La pectoriloquie suffit même seule pour autoriser ce diagnostic.

Il arrive quelquefois qu'une masse tuberculeuse ramollie s'ouvre dans la cavité de la plèvre, et établit de la sorte une communication entre cette membrane, l'excavation tuberculeuse, et les bronches. Lorsque ce funeste accident arrive, les malades sentent ordinairement *tout à coup*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur accompagnée d'une dyspnée ordinairement extrême et d'une anxiété inexprimable; et ces symptômes persistent jusqu'à la mort, au même degré ou avec quelques intermittences, accompagnés des autres signes de la pleurite aiguë. Si on percute le malade au début, on entend un son très-clair, plus clair même que du côté opposé; et cependant, le cylindre étant appliqué sur tous ces points où la percussion est si sonore, on n'y entend nullement le bruit de la respiration. Ces deux signes indiquent que de l'air s'est introduit entre la plèvre costale et le poumon, ou, comme le dit Laënnec, qu'il existe un *pneumo-thorax*. Plus tard, lorsque du pus ou de la sérosité se joignent à la présence de l'air, le stéthoscope fait entendre le *tintement métallique*. Ce bruit est comparé, par Laënnec (1), à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable; et par M. Collin, à celui que produit une goutte d'eau tombant dans une carafe aux trois quarts vide (2). Mais ce signe n'existe que lorsque la cavité tuberculeuse et la plèvre communiquent avec les bronches, ce qui n'a pas toujours lieu (3).

*Marche, durée, terminaison et pronostic.* La marche de la *phthisie pulmonaire* est d'autant plus rapide, que les phénomènes inflammatoires sont plus prononcés, l'accélération du pouls plus forte et plus continue, la chaleur générale plus intense, la toux plus opiniâtre, l'expectoration plus abondante, les voies digestives plus irritées, les sueurs plus abondantes, et les selles plus liquides, *et vice versâ*. Chez quelques individus prédisposés, les tubercules naissent et se ramollissent en vingt-cinq à trente jours; chez d'autres, ils se développent lentement, et restent secs pendant plusieurs années, malgré des causes d'irritation souvent répétées. Tant que les tubercules pulmonaires sont

(1) *De l'auscultation médiate*, par Laënnec, tom. II, pag. 91.

(2) *Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine*, etc. par M. Collin, pag. 55.

(3) Mémoire de M. Louis sur la perforation du parenchyme du poumon, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres.

en petit nombre, et secs, ils n'exercent souvent aucune influence sur la santé; mais dès qu'ils se ramollissent, le pronostic est grave; la mort en est la terminaison presque constante. Elle survient en général très-promptement lorsqu'il se forme tout à coup une perforation du parenchyme et épanchement de la matière tuberculeuse dans les plèvres. Cependant quelques faits tendent à faire croire qu'une masse tuberculeuse isolée peut se ramollir, se vider, et que les parois de l'excavation qui en résulte peuvent se rapprocher et adhérer, par le moyen d'une cicatrice. Il paraît aussi qu'une membrane cartilagineuse peut se former sur toute la surface interne de l'excavation, et constituer ainsi une sorte de cicatrisation qui laisse subsister la cavité et le signe qui l'indique, la pectoriloquie. Nous avons consigné un exemple de ce double mode de guérison, dans le 89[e] volume du Journal général de médecine.

On a souvent discuté pour savoir si la phthisie pulmonaire est *contagieuse*. Dans les pays méridionaux, en Espagne surtout, cette opinion trouve de nombreux partisans; dans les climats tempérés et ceux du nord, on ne croit pas à ce mode de transmission de la maladie. Ne serait-il pas possible qu'elle fût quelquefois contagieuse dans les pays très-chauds, et ne le fût jamais dans le nord?

*Caractères anatomiques.* Les tubercules pulmonaires, c'est-à-dire de petits grains demi-transparens, gris, quelquefois même diaphanes ou presque incolores, de grosseur variable depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de chènevis, ou plus volumineux, et alors jaunâtres et opaques, disséminés ou réunis en masses plus ou moins fortes, d'un jaune pâle, opaques et d'une densité analogue à celle des fromages les plus fermes, constituent la *phthisie pulmonaire.* On les trouve quelquefois dans cet état à l'ouverture des cadavres; mais on les trouve souvent ramollis et liquéfiés à leur centre, ou toute une masse de tubercules ainsi ramollie et la matière liquide qui en résulte, ressemblant, « tantôt à du pus épais, inodore, et plus jaune que les tubercules secs, et tantôt séparée en deux parties, l'une très-liquide, plus ou ou moins transparente et incolore, à moins qu'elle ne soit souillée par du sang; l'autre opaque et de consistance de fromage mou et friable. » Les excavations qui contiennent cette matière sont plus ou moins vastes, et communiquent, par une ou plusieurs ouvertures, avec les bronches. Quelquefois on ne rencontre que de petits foyers tuberculeux dont le nombre varie et sans communication dans les bronches. Les parois des excavations sont quelquefois tapissées par une fausse membrane dont l'organisation est plus ou moins avancée; elle est quelquefois cartilagineuse. Lorsqu'il y a eu ouverture d'une masse tuberculeuse dans la plèvre, on trouve ordinairement cette membrane enflammée et contenant de l'air, du pus ou de la sérosité sanguinolente dans sa cavité, et de plus la perforation du poumon.

*Traitement. Principiis obsta.* Ce précepte renferme presque toute la thérapeutique pulmonaire. En effet, une fois que cette maladie est développée, il est presque impossible d'en borner les progrès destructeurs : c'est donc à la prévenir que doivent surtout tendre les efforts du médecin. Or, nous avons dit qu'elle succédait souvent aux inflammations chroniques des bronches, du tissu pulmonaire et des plèvres, dont elle est alors l'effet; quelquefois aux gastrites chroniques. Ces phlegmasies sont très-souvent elles-mêmes consécutives aux bronchites, pneumonites, pleurites et gastrites aiguës : en conséquence, combattre énergiquement celles-ci pour les empêcher de passer à la chronicité, attaquer celles-là sans hésitation, sans négligence et sans relâche, afin d'en borner la durée le plus qu'il est possible, sont donc les vrais moyens de s'opposer à la formation des tubercules, de prévenir par conséquent la phthisie pulmonaire.

Mais cette maladie naît quelquefois, avons-nous dit, sans avoir été précédée par l'une des phlegmasies chroniques citées, et nous avons indiqué en même temps les caractères extérieurs auxquels on pouvait reconnaître les individus disposés à la contracter de la sorte. Les précautions hygiéniques suivantes nous paraissent propres à la leur faire éviter. Elles consistent à se préserver du froid et de l'humidité avec le plus grand soin, par des vêtemens de laine portés sur la peau, des chaussures imperméables, et, s'il est possible, en allant habiter un pays chaud et sec; à éviter en même temps tout ce qui peut exciter directement les organes pulmonaires, comme les conversations trop prolongées, les cris, les efforts, les courses, et indirectement, comme les veilles prolongées, les stimulations gastriques immodérées, soit par les liqueurs, soit par les alimens trop excitans. Le chant, la déclamation et la lecture à haute voix, qui sont nuisibles lorsqu'une irritation est déjà fixée dans la poitrine, deviennent, lorsqu'ils sont bien dirigés, d'excellens moyens pour provoquer le développement des organes pulmonaires. L'exercice des bras, l'action de monter lentement sur les lieux élevés, l'usage des bains et des frictions sèches concourent efficacement au même but.

On dit généralement que le régime végétal et lacté doit former la base presque unique de l'alimentation de ces individus. Ce précepte nous paraît fort sage à suivre dès l'instant qu'une irritation pectorale est développée; mais, tant qu'elle n'existe pas encore, nous pensons qu'au contraire on devrait nourrir les hommes prédisposés aux tubercules, avec les viandes de bœuf et de mouton presque exclusivement, et avec le moins de pain et de végétaux possible, si toutefois l'estomac n'est pas trop irritable, dans le but de développer le système sanguin. On aurait la précaution de ne leur laisser faire que des repas modérés, et de les multiplier, pour ne pas irriter l'estomac par des digestions pénibles; la viande de gibier et les liqueurs excitantes seraient proscrites. Le double but que l'on doit se proposer étant de déterminer l'accroissement des organes pectoraux, et de faire cesser la prédominance relative du système lymphatique en développant davantage le système sanguin, la série de moyens que nous venons d'indiquer nous paraît propre à l'atteindre. Ajoutons que, si l'individu prédisposé exerce une profession qui irrite l'organe pulmonaire, comme celle

d'acteur, obligé presque tous les soirs de chanter ou de déclamer jusqu'à la fatigue ; de joueur d'instrument à vent ; de maître d'armes, exposé à des percussions répétées sur la poitrine ; de plâtrier, ou toute autre parmi celles qui forcent à vivre au milieu d'un air continuellement chargé de poussière ou de gaz irritans : il doit y renoncer immédiatement.

Mais quand la phthisie pulmonaire existe, quels moyens lui opposer ? Si les tubercules sont encore secs, il faut s'appliquer à en prévenir le ramollissement, et pour cela essayer de faire cesser la phlegmasie qui les alimente ou l'irritation qu'ils entretiennent autour d'eux, par le silence, la position verticale, les saignées locales et quelquefois les saignées générales, si le pouls est plein et dur ; les cataplasmes sur la poitrine, les rubéfians sur la peau, les suppurations extérieures long-temps prolongées, les boissons mucilagineuses et gommeuses sucrées, la diète lactée ou absolue, si l'irritation est considérable, et en même temps, en écartant les causes par la plupart des précautions hygiéniques précédemment indiquées. L'emploi de ces moyens est subordonné aux conditions et soumis aux règles que nous avons tracées dans nos généralités. On peut de la sorte espérer de prolonger l'extistence d'un individu pendant plusieurs années, et même de le maintenir dans un état de santé satisfaisant, si les tubercules sont peu nombreux. Ce serait se bercer d'un vain espoir que d'en espérer l'absorption. Mais lorsque ces petits corps sont ramollis, soit isolément, soit par masses, et que la matière se fait jour par les bronches, la mort est presque inévitable. Cependant lorsqu'il n'existe qu'une cavité et qu'elle est peu étendue, il est permis d'en espérer la cicatrisation. A l'exception des saignées, les mêmes moyens conviennent encore. Nous ne voulons pas dire pour cela qu'on ne doive jamais employer les évacuations sanguines dans ce cas; mais en général elles sont d'un faible secours et affaiblissent presque toujours inutilement les malades. Lorsque l'inflammation est trop vive ou qu'il survient une hémoptysie considérable, il ne faut cependant pas hésiter à en tenter l'emploi : mais, dans le plus grand nombre des cas, il est préférable de s'en tenir à la méthode révulsive, et d'appliquer des vésicatoires, des moxas, des cautères ou des sétons sur la partie des parois thoraciques qui correspond à l'excavation tuberculeuse, si le malade est encore assez fort pour supporter cette opération, et faire croire qu'il peut vivre assez long-temps encore pour que la citatrisation intérieure puisse s'opérer.

Quelques médications particulières sont dirigées avec avantage contre certains symptômes de la phthisie pulmonaire : ainsi on oppose avec succès à la toux, dont les secousses peuvent augmenter l'irritation pulmonaire, l'opium en substance, et mieux sous la forme de sirop diacode ou d'acétate de morphine ; mais il faut s'en abstenir tant que les signes de réaction générale sont intenses. On combat l'hémoptysie en acidulant les boissons du malade, ou en promenant des rubéfians sur les parois de la poitrine ; si elle est considérable et accompagnée de vive irritation, on emploie de préférence les saignées générales ou locales, surtout les dernières lorsque les tubercules sont ramollis. L'acétate de plomb diminue quelquefois les sueurs nocturnes ; nous employons depuis quelque temps avec succès contre ce symptôme le sulfate de quinine, à la dose de deux ou trois grains dans un verre de lavement, quand il n'existe pas de diarrhée. On essaie d'arrêter le dévoiement par les lavemens laudanisés et surtout par la diète; les astringens et les toniques réussissent quelquefois. (Voyez *Colite chronique.*) M. Cruveilhier a employé avec quelque avantage les fumigations de feuilles de belladone, infusées dans une forte solution d'opium, et à demi séchées. Il les fait fumer aux malades à la manière du tabac, en commençant par deux pipes par jour et augmentant graduellement jusqu'à cinq à six. Par ce moyen, on modère la toux, le chatouillement du larynx, la dyspnée, quelquefois même on diminue momentanément les sueurs et la diarrhée ; mais cette amélioration n'est que passagère, et la maladie ne tarde pas à reprendre sa marche funeste et désorganisatrice. On conçoit cependant que ces fumigations puissent être d'une très-grande utilité, et seconder puissamment l'action des cautères appliqués sur la poitrine. Elles nous paraissent de beaucoup préférables aux vapeurs du chlore que l'on préconise singulièrement depuis quelque temps, et dont nous n'avons retiré aucun avantage.

Tel est le traitement rationnel de la *phthisie pulmonaire.* La simple énumération de tous les moyens que l'empirisme ou des théories erronées ont tour à tour préconisés contre cette affection serait beaucoup trop longue pour que nous la donnions ici. Nous nous bornerons à citer quelques uns de ces moyens : ce sont le deuto-chlorure de mercure, le soufre, l'hydro-sulfate d'antimoine, les eaux minérales hydro-sulfureuses, les apozèmes amers, antiscorbutiques, ou faits avec le persil, le fenouil, les extraits de ciguë, de belladone, de jusquiame, d'aconit, de saponaire et de douce-amère, l'eau distillée de laurier-cerise, l'acide hydro-cyanique, les préparations scillitiques, les baumes de Tolu, du Pérou et de la Mecque, l'eau de chaux, les pilules de Morton, etc. Ces agens sont très-souvent nuisibles, et il est loin d'être bien démontré qu'ils aient été quelquefois utiles.

### Des tubercules du foie.

Le foie est un des organes dans lesquels on rencontre le plus fréquemment des tubercules ; cependant il est loin d'approcher sous ce rapport des poumons, du mésentère, et peut-être du cerveau. Plus que dans aucun autre organe, peut-être, l'influence de l'inflammation sur la production des tubercules y est évidente, bien qu'il existe encore des cas assez fréquens de production de tubercules dans cet organe, sans une inflammation antécédente à laquelle on puisse les attribuer, sans même qu'aucun symptôme en ait annoncé l'existence pendant la vie ; cela s'observe surtout chez les phthisiques. Toutefois, les causes d'irritation et d'inflammation du foie sont les causes les plus ordinaires de ses tubercules, et parmi elles, les violences extérieures et les phlegmasies gastro-duodénales tiennent le premier rang. (V. *Hépatite*.)

*Symptômes.* Tant que les tubercules du foie ne sont pas nombreux et n'ont point acquis un volume considérable, il est difficile de les reconnaître, et les symptômes qui les accompagnent se confondent avec ceux de l'hépatite chronique. Mais lorsque le foie, augmenté de volume par leur présence, dépasse le rebord des côtes et descend dans l'abdomen, on sent sur toute sa surface des bosselures plus ou moins considérables, arrondies, dures et douloureuses, formées par les masses tuberculeuses. Souvent cet état morbide reste long-temps sans produire d'effet bien marqué sur l'exercice général des fonctions; en général, cependant, il entretient un état de maigreur et de pâleur continuelles, avec légère teinte ictérique des conjonctives, des ailes du nez et de la lèvre supérieure; encore ces symptômes sont-ils loin d'être constans, le dernier surtout, et il n'est pas rare de trouver des foies remplis de tubercules, sans que la peau ait offert pendant la vie la plus faible coloration en jaune. Enfin, par les progrès de la maladie, les digestions deviennent mauvaises ou tout-à-fait nulles, la soif s'allume, le pouls s'accélère, la peau s'échauffe, une constipation opiniâtre, et quelquefois de la diarrhée, se déclarent; ces symptômes, qui ne se prononcent d'abord que tous les soirs, deviennent bientôt continus; le malade maigrit, tombe dans le marasme, et succombe. La mort est quelquefois accélérée par une hémorrhagie dans le péritoine, provenant d'une érosion spontanée qui se fait au sommet d'un des tubercules les plus superficiels.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve le foie augmenté de volume, sans que pourtant sa substance propre paraisse accrue ni altérée; il est bosselé, inégal, et contient un nombre variable de tubercules plus ou moins volumineux, ordinairement enveloppés d'un kyste très mince, d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, durs et criant sous le scalpel, ou ramollis et semblables à du fromage mou, suivant leur degré d'ancienneté et les progrès de la désorganisation. Nous en avons compté jusqu'à quarante et un, dont le plus petit était de la grosseur d'une noisette, dans le foie d'une femme qui avait succombé à cette affection, et à une ulcération avec épaississement de la portion pylorique de la membrane muqueuse gastrique. Aucun de ces tubercules n'était ramolli; la masse du foie ne nous a pas paru diminuée; son parenchyme était sans altération. Nous dirons en passant, contre l'opinion des médecins qui pensent qu'on ne rencontre jamais de tubercules hors des poumons sans en trouver en même temps dans ces organes, qu'il n'en existait pas un seul ailleurs que dans le foie et autour du pylore.

*Traitement.* Dans le foie, comme dans les autres organes, l'art est impuissant pour faire disparaître les tubercules. Il serait possible que s'il n'existait qu'un tubercule, ou, dans le cas contraire, s'ils étaient agglomérés, que la masse se ramollît; que le produit de cette fonte se fît jour, soit au-dehors, soit à l'intérieur, par l'estomac ou un intestin, puis que les parois de la cavité se rapprochassent, et que le malade guérît. Mais fût-il permis de compter quelquefois sur une aussi heureuse issue, comme elle serait toujours indépendante de la volonté et des efforts du médecin, il n'en resterait pas moins vrai que l'art ne peut rien contre cette maladie.

### Des tubercules du mésentère.

*Carreau*, *atrophie mésentérique*, *hectisie rachialgique*, *écrouelles mésentériques*, *chartre*, *physconie*, *mésentérite*, *entéro-mésentérite*, *tubercules du mésentère*, tels sont les noms divers sous lesquels on trouve désigné dans les auteurs, un état morbide dont les caractères les plus saillans consistent dans la tuméfaction et la dureté du ventre, et la maigreur des extrémités, et qui comprend deux maladies essentiellement distinctes : l'entérite, avec engorgement inflammatoire des ganglions du mésentère, et l'état tuberculeux de ces ganglions. La première de ces maladies a été décrite à l'article *entérite*; nous ne traiterons ici que de la seconde.

L'enfance est de tous les âges de la vie celui qui offre les plus nombreux exemples de carreau; mais les autres âges n'en sont pas exempts, comme paraissent le croire quelques médecins; on l'a trouvé chez des fœtus, on l'a observé chez des adultes et des vieillards. Cette affection n'est même pas aussi fréquente chez les enfans eux-mêmes qu'on le pense généralement, puisque, d'après les relevés de M. Guersent, la proportion des tubercules mésentériques, est à l'hôpital des enfans, à peu près de sept à huit pour cent chez les jeunes filles, et de cinq à six pour cent chez les jeunes garçons. Or, cette proportion est encore beaucoup plus faible dans la pratique particulière, les enfans qu'on y observe étant presque tous beaucoup moins exposés aux causes de tubercules, telles que le froid humide, la mauvaise nourriture, la malpropreté, etc., que ceux qui peuplent les hôpitaux. On n'a regardé pendant long-temps cette maladie comme très-commune, tandis qu'elle l'est si peu, que parce que l'on a toujours confondu, ainsi que nous l'avons déjà dit, sous le nom de carreau, deux maladies distinctes, dont l'une (l'entérite avec engorgement inflammatoire des ganglions mésentériques) est en effet très-fréquente chez les enfans. Il est en outre probable que l'abus que l'on faisait généralement des stimulans dans le régime habituel et dans le traitement des maladies de l'enfance, avant la révolution médicale opérée par M. Broussais, ne contribuait pas peu à multiplier les deux affections confondues sous le nom de carreau. Tous les praticiens ont pu remarquer en effet que l'engorgement, surtout inflammatoire, des ganglions du mésentère, se montrait beaucoup plus rare depuis une dixaine d'années.

*Causes.* Deux ordres de causes concourent ordinairement à la production des tubercules mésentériques; les unes, générales, sont communes à toutes les affections tuberculeuses; les autres, locales, appartiennent spécialement à celle du mésentère. Parmi les premières, il faut placer en première ligne l'enfance, le sexe féminin, le tempérament lymphatique exagéré, le froid humide, une alimentation insuffisante, l'usage d'alimens de mauvaise nature, ou pris trop exclusivement parmi les farineux, l'allaitement artificiel, au dire de quelques auteurs, et enfin l'allaitement d'une nourrice

scrofuleuse, et surtout phthisique. Deux faits observés par nous, tout récemment, ne nous permettent pas de douter de l'influence de cette dernière cause. Les secondes comprennent tout ce qui peut irriter la membrane muqueuse gastro-intestinale d'une manière lente, chronique, continue, ou fréquemment répétée, comme les indigestions fréquentes, et par conséquent les alimens indigestes ou pris en trop grande quantité, les vomitifs, les purgatifs, et les autres médicamens irritans, dont beaucoup de mères parmi les gens du peuple et surtout les nourrices font un abus si fréquent et si funeste.

Bien que le concours de ces deux ordres de causes soit nécessaire dans le plus grand nombre de cas pour faire naître des tubercules mésentériques, on les voit cependant se développer quelquefois sous l'influence des premières ou des secondes isolément. Il suffit, par exemple, qu'un enfant soit allaité par une femme plongée dans la misère, et ne tette par conséquent qu'un lait séreux et trop peu nourrissant, qu'il habite en même temps un lieu humide, et soit à peine protégé contre le froid par de misérables haillons, pour qu'il contracte bientôt une affection tuberculeuse du mésentère, ou plutôt une affection tuberculeuse générale; car les enfans placés dans ces conditions meurent pour la plupart phthisiques, et à l'ouverture de leurs cadavres, on trouve les poumons, comme le mésentère, farcis de tubercules à tous les degrés. D'un autre côté, il suffit aussi que, par l'effet d'un mauvais régime ou par l'abus des médicamens, un enfant ait les voies digestives dans un état presque continuel d'irritation, pour que les ganglions mésentériques s'engorgent et deviennent tuberculeux, bien que sous tous les autres rapports le petit malade soit placé dans les conditions les plus favorables. Dans ce dernier cas, les ganglions du mésentère s'enflamment avant de passer à l'état tuberculeux, et la maladie reste ordinairement locale, tandis que, dans le premier, c'est en général le contraire qui a lieu.

Si l'irritation continue ou répétée des voies digestives peut amener à la longue la tuberculisation des ganglions du mésentère, à plus forte raison l'inflammation chronique de ces parties doit-elle produire le même effet. Il est plus ordinaire, toutefois, que l'entérite provoque le simple engorgement inflammatoire de ces corps, et ce n'est que dans un petit nombre de cas, et seulement chez les sujets élevés au sein des funestes conditions hygiéniques que nous avons fait connaître, que le passage des ganglions à l'état tuberculeux succède à leur inflammation. Dans les grandes villes, il est vrai, les enfans pauvres végètent pour la plupart entourés de ces tristes conditions : aussi est-ce parmi eux que le carreau se montre plus fréquent et qu'il succède plus souvent à l'entérite chronique.

*Symptômes.* Dans les descriptions que les auteurs ont jusqu'ici données du carreau, on trouve confondus les symptômes propres à cette affection et ceux qui appartiennent à l'entérite chronique. On donne cependant comme appartenans plus spécialement au carreau : la tuméfaction et la sensibilité du ventre, les vomissemens glaireux; une diarrhée de matières fécales de couleur grise, ressemblant à de l'argile, et qui alterne quelquefois avec de la constipation; la perte de l'appétit, quelquefois une sorte de voracité, du malaise après le repas; de temps en temps, et principalement vers le soir, un peu d'accélération du pouls, la sécheresse de la peau, et l'amaigrissement de la face et des membres. Mais il est évident que la plupart de ces symptômes se rencontrent plus ordinairement avec l'inflammation chronique de la membrane muqueuse intestinale. Quant aux autres caractères indiqués aussi comme particuliers à cette maladie, tels que l'aspect laiteux de l'urine, l'odeur acide de la transpiration, la pâleur de la face, et la couleur livide et plombée des paupières, on sait qu'ils appartiennent plus spécialement aux affections vermineuses, et qu'on les observe également dans plusieurs maladies chroniques de l'enfance.

Quels sont donc les signes auxquels on peut reconnaître le *carreau?* Si, comme nous avons cru devoir le faire, on n'applique plus cette dénomination qu'aux tubercules mésentériques, on est presque tenté de répéter, avec M. Guersent, qu'il n'est possible de constater cette maladie que par le toucher. Or, lorsque les tubercules sont assez volumineux pour qu'on puisse les sentir distinctement à travers les parois abdominales, l'art est à peu près impuissant pour les guérir. Il serait donc important de se livrer à de nouvelles recherches pour éclairer, s'il se peut, le diagnostic de cette affection à son origine. Mais comment y parvenir? et, si les tubercules du mésentère n'existent jamais isolés, si M. Guersent, cet excellent observateur, médecin d'un hôpital d'enfans, et par conséquent placé dans les conditions les plus favorables pour en voir de nombreux exemples, ne les a jamais rencontrés sans qu'il en existât en même temps dans d'autres organes et principalement dans les poumons, à quoi servirait leur diagnostic même au début de leur formation? Toutefois, n'y eût-il d'autre avantage que d'épargner un traitement inutile aux enfans qui en seraient atteints, il importerait encore d'acquérir cette connaissance. Essayons donc de jeter un faible rayon de lumière sur ce point obscur de l'histoire du carreau. Qui sait d'ailleurs si l'on ne parviendra pas un jour à combattre efficacement cette funeste maladie?

C'est en précisant bien les symptômes de l'engorgement inflammatoire des ganglions mésentériques, en les élaguant du nombre des élémens de diagnostic du véritable carreau, ou plutôt en cherchant dans leur absence même des preuves de l'existence de cette dernière affection, lorsque déjà cependant quelques-uns des signes communs aux deux maladies ont mis sur la voie; en un mot, c'est en grande partie par des signes négatifs que l'on peut arriver à diagnostiquer de bonne heure les tubercules mésentériques. Quelques signes généraux, l'absence ou la coexistence d'une autre affection tuberculeuse, et l'étude des causes sous l'influence desquelles la maladie a pris naissance, peuvent aussi cependant contribuer à en faire reconnaître la formation.

La tuméfaction du ventre, l'amaigrissement des extrémités inférieures, et le dérangement des fonctions digestives, sont des signes communs à l'en-

térite avec engorgement des ganglions mésentériques et à l'affection tuberculeuse de ces ganglions. Tant qu'on se borne à ce coup d'œil superficiel, on ne peut parvenir à distinguer l'une de l'autre ces deux affections. Mais si l'on examine moins superficiellement, si l'on analyse son observation, on parvient quelquefois à préciser le diagnostic. Ainsi, par exemple, lorsque les signes que nous venons d'indiquer sont accompagnés de soif habituelle, de chaleur et de sécheresse de la peau, d'une douleur sourde dans un des points de la région abdominale, de déjections glaireuses ou verdâtres, d'amaigrissement de la figure avec étirement des traits, et d'accélération du pouls; et que tous ces accidens augmentent après les repas, et principalement après l'ingestion d'alimens de nature excitante, la maladie consiste évidemment dans une inflammation de la membrane muqueuse intestinale. Lorsqu'au contraire on n'observe aucun de ces derniers symptômes, que le malade est scrofuleux ou phthisique, que sa peau est comme étiolée, et habituellement humide plutôt que sèche, que la diarrhée n'est formée que par des alimens mal digérés, que ni les repas ni la nature des alimens n'influent d'une manière sensible sur la maladie elle-même, ce qui arrive assez souvent, que le bouillon gras et les viandes sont plus facilement digérés que le laitage et les farineux, il est presque certain que le malade est affecté de tubercules dans le mésentère.

Mais, il faut en convenir, ce ne sont pas les cas les plus communs que ceux où l'on observe les caractères des deux maladies aussi tranchées que nous venons de les décrire. Loin de là: il est plus ordinaire d'observer une telle combinaison des symptômes propres à l'une et à l'autre affection, qu'il devient très-difficile de savoir à laquelle des deux on a affaire. C'est ici que l'étude des causes devient d'un grand secours. Si la maladie s'est développée sous l'influence d'un sevrage mal dirigé, ou à la suite de l'abus des médicamens irritans, ou enfin par l'effet d'une alimentation trop stimulante, il est plus que probable que c'est une entérite. Au contraire, on devra plutôt pencher à croire à l'existence d'une affection tuberculeuse du mésentère, si le mal a pris naissance sous l'influence de l'allaitement par une nourrice misérable ou phthisique, ou d'une alimentation composée presque exclusivement de farineux, ou d'une habitation humide et privée de l'action solaire. Enfin, dans les cas où toutes ces données sont encore insuffisantes pour dissiper l'incertitude, il faut se servir du traitement lui-même comme d'une pierre de touche. On doit donc commencer par soumettre le malade à l'emploi des antiphlogistiques, et s'il en éprouve un soulagement marqué, soutenu et progressif (ce qui arrive toujours, lorsque la maladie n'est pas trop ancienne), on ne peut plus douter que ce ne soit une entérite. Si, au contraire, cette médication semble aggraver les accidens, l'affection est très-probablement de nature tuberculeuse; il suffit même que les anti-phlogistiques ne procurent aucun soulagement, ou qu'une amélioration passagère soit suivie bientôt d'un accroissement notable des symptômes, pour qu'on doive soupçonner que telle est la nature du mal.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir dissipé toute l'obscurité qui couvre le diagnostic du carreau à ses premières périodes; mais nous pensons qu'en suivant la marche que nous avons tracée et qui nous a plus d'une fois conduits au but, on parviendra très-souvent à distinguer cette maladie de l'engorgement inflammatoire des ganglions mésentériques. Nous ajouterons, qu'en raison de la grande fréquence de cette dernière maladie, si on la compare sous ce rapport au carreau, lorsqu'on est appelé auprès d'un enfant dont le ventre est volumineux et dur, qui a les extrémités très-amaigries, et dont les fonctions digestives s'exécutent mal, il y a plus de cent à parier contre un que cet enfant est atteint d'entérite.

Lorsque le carreau est arrivé à son plus haut degré, il devient beaucoup plus facile de le reconnaître. On sent alors distinctement les tubercules à travers les parois amincies de l'abdomen; ils sont durs, presque toujours indolens, et souvent agglomérés en nombre plus ou moins considérable, de manière à former plusieurs masses ou une masse unique remplissant toute la cavité abdominale. A cette époque aussi tous les accidens sont beaucoup plus graves; la digestion des alimens ne s'opère plus qu'incomplètement, et on les retrouve à demi digérés et encore reconnaissables dans les selles; le pouls est plus fréquent, la peau est aride, écailleuse et terreuse; la soif est inextinguible, l'amaigrissement devient extrême; souvent un épanchement se forme dans la cavité du péritoine, et le malade, réduit à un état de marasme extrême, ne tarde pas à succomber.

*Pronostic.* Le pronostic du carreau, comme celui de toutes les affections tuberculeuses des organes importans, est presque toujours funeste. Toutefois, c'est moins par lui-même que par sa complication ordinaire avec la phthisie, qu'il devient mortel; l'expérience a prouvé que l'on pouvait porter pendant long-temps des tubercules mésentériques, sans qu'aucun accident en fût l'effet. Ingrassias rapporte l'autopsie cadavérique d'un nègre qui venait d'être pendu, et chez lequel il trouva une soixantaine de tubercules mésentériques; ce nègre jouissait cependant d'une bonne santé avant son supplice. On cite aussi l'observation d'une jeune fille de cinq ans, morte cinq heures après être tombée dans le feu, et qui présenta douze de ces tumeurs en partie ramollies, quoiqu'elle jouît d'une santé parfaite lors de l'accident qui causa sa mort. Mais si l'on possède des faits qui démontrent qu'il peut exister des tubercules dans le mésentère sans qu'aucun symptôme les accompagne, on n'en possède qu'un bien petit nombre qui atteste la possibilité de les guérir, et l'opinion générale les regarde comme à peu près incurables.

*Caractères anatomiques.* A l'ouverture des cadavres, on trouve un plus ou moins grand nombre de ganglions mésentériques accrus de volume et en partie ou en totalité tuberculeux, d'un rouge plus ou moins vif dans les points qui ont échappé à cette désorganisation, et tantôt ayant conservé leur consistance et tantôt ramollis. Presque toujours, on trouve en même temps des ulcérations dans l'intestin grêle, aux points qui correspondent

aux tubercules; et autour d'elles, dans leur centre, au-dessous d'elles, entre le péritoine et la membrane musculaire de l'intestin, on observe souvent des granulations tuberculeuses. Ces résultats d'anatomie pathologique tendent à confirmer l'opinion des médecins qui regardent la tuberculisation des ganglions mésentériques comme étant toujours produite par l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

*Traitement.* Soit que les tubercules mésentériques succèdent à l'inflammation, soit qu'ils n'en aient pas été précédés, on conçoit difficilement la possibilité de les guérir une fois qu'ils sont développés; et c'est en ce sens qu'il est vrai de dire qu'ils sont incurables. Mais il est évident que, dans le premier cas, on peut en prévenir la formation en détruisant l'inflammation qui les fait naître, par un traitement antiphlogistique bien dirigé et dont les règles ont été exposées à l'article *Entérite*. Or, comme il est toujours très-difficile de reconnaître le carreau à son origine et de le distinguer de l'entérite; comme, d'une autre part, il est très-souvent, sinon toujours, ainsi que le pensent plusieurs pathologistes modernes, précédé et produit par cette phlegmasie, c'est en définitive par les moyens qui conviennent contre l'inflammation que l'on doit l'attaquer dans tous les cas à son début. On réussit très certainement par ces moyens à prévenir souvent le développement du carreau, et nous pourrions rapporter un bon nombre d'observations de guérison, tirées de notre pratique, obtenues par le régime adoucissant, les cataplasmes, les lavemens et les bains émolliens, les évacuations sanguines locales, chez des enfans déclarés atteints de cette maladie et regardés comme incurables par des praticiens distingués de la capitale.

Mais lorsque la dégénération tuberculeuse des ganglions mésentériques est commencée, ce dont on est averti par l'insuccès du traitement antiphlogistique, encore plus peut-être que par les signes que nous avons précédemment indiqués, c'est à une médication tout opposée qu'il faut avoir recours. On doit immédiatement faire recouvrir tout le corps de flanelle; mettre l'enfant à l'usage des viandes rôties, du bouillons gras, et d'un bon vin coupé d'eau, lui prescrire une tisane amère, telle que les infusions de houblon, de patience, de bardane, de rhubarbe; et lui faire prendre le matin à jeun une cuillerée à bouche de sirop ou de vin antiscorbutique, ou de quinquina, ou de gentiane; on doit en même temps faire pratiquer des frictions sèches sur toute l'étendue de la peau; et, si l'enfant habite un endroit humide et privé des rayons solaires, le faire transporter dans un lieu sec, bien aéré, exposé à l'influence du soleil, et, s'il se peut, dans les pays chauds. Parmi les médicamens employés avec le plus de succès, la rhubarbe en poudre unie à l'acétate de potasse (seize grains de ce mélange à parties égales, matin et soir) tient le premier rang. Les savonneux seuls ou combinés avec les extraits de chardon bénit, de trèfle d'eau, de fumeterre et de pissenlit, et les bains de mer, paraissent aussi jouir de quelques propriétés contre la maladie qui nous occupe. On retire aussi, dans quelques cas, de bons effets des ferrugineux et de la ciguë. Il est probable que l'iode aurait ici la même efficacité que dans les scrofules; mais nous manquons d'expériences bien faites sur l'emploi des diverses préparations de ce puissant agent thérapeutique.

On lit dans les auteurs quelques observations de malades présumés atteints de carreau, et guéris par les moyens que nous venons d'énumérer. On pourra sans doute toujours objecter à ces faits, qu'il n'est pas bien évident que ce sont des tubercules mésentériques auxquels on a eu affaire; mais il faut convenir pourtant que ce ne sont pas des entérites qui ont été guéries par ces médications stimulantes, et dès lors il est bien probable que c'étaient réellement des carreaux commençans. Loin donc de proscrire d'une manière absolue l'emploi de ces médications, comme on l'a fait dans ces derniers temps, nous pensons que lorsqu'on ne voit pas de signes biens évidens d'entérite, et lorsque les malades sont des enfans lymphatiques et placés dans les conditions défavorables que nous avons fait connaître, on ne doit pas craindre d'y avoir recours, pourvu toutefois qu'on les administre d'une manière sage et raisonnée, que l'on sache en surveiller l'action, et que l'on se hâte de les suspendre et de les remplacer par les moyens adoucissans, aussitôt qu'ils exercent une action irritante sur les voies digestives, au lieu de l'action tonique qu'ils sont destinés à produire. Mais nous devons ajouter qu'il y a beaucoup plus d'inconvéniens à les prescrire d'une manière routinière, et à persister aveuglément dans leur emploi, malgré leurs mauvais effets évidens, comme nous l'avons vu faire un très-grand nombre de fois, qu'à traiter toutes les affections que l'on confond sous le nom de carreau par les seuls antiphlogistiques. C'est une raison de plus, selon nous, pour commencer toujours le traitement du carreau par les antiphlogistiques, et pour ne tenter la médication stimulante qu'après s'être assuré de l'inutilité de la première, à moins qu'on ne soit appelé au dernier période de la maladie et que le malade ne soit déjà dans le marasme.

Ce n'est qu'au début du carreau, lorsque les ganglions mésentériques commencent à éprouver la dégénération tuberculeuse, que l'on peut se promettre de bons effets du traitement que nous venons de tracer. Dès que la tuberculisation est opérée, nous regardons, avec la plupart des praticiens, la maladie comme au-dessus de toutes les ressources de l'art. On a cependant préconisé une foule de moyens encore que nous devons faire connaître, en prévenant que nous n'ajoutons aucune foi à leur efficacité prétendue. Ces moyens sont les mercuriaux, la gomme ammoniaque, l'aloès, le séné; les extraits de myrrhe, d'absynthe, d'ellébore noir, de chicorée; la racine d'arum, le carbonate de potasse, la baryte, et plusieurs préparations composées, telles que l'eau de mercure de Theden, l'essence douce de Sthal, les pilules de Bacher, celles de Gratcloup, de Janin, de Gisler, de Plummer et de Rosen. Il nous serait facile de grossir encore cette liste : car c'est toujours contre les maladies incurables que l'art semble posséder le plus de ressources; mais qui ne sait aujourd'hui qu'en thérapeutique le luxe décèle toujours la misère? Tous ces médicamens, impuissans

contre la maladie, ne sont propres qu'à accélérer la perte des malades; en irritant, en enflammant la membrane muqueuse gastro-intestinale, ils hâtent le moment du ramollissement des tubercules, que tous les efforts du médecin doivent tendre à retarder le plus possible. Le plus sage parti est de s'en abstenir, et de se borner à l'emploi du régime et des soins hygiéniques précédemment indiqués; le seul but que doive se proposer en pareil cas le praticien étant de prolonger la vie de ses malades autant qu'il est en son pouvoir, et d'écarter la douleur de leurs derniers momens.

# ORDRE SECOND.

## MÉLANOSE.

### De la mélanose en général.

Laënnec a décrit le premier, sous le nom de *mélanose* qu'il lui a imposé (1), une matière noire qui s'offre à l'observation sous quatre états différens; en masse enkystée ou non enkystée, infiltrée dans les tissus, étendue en nappe à la surface libre de quelques organes, enfin, liquide, et pure ou mêlée à d'autres liquides.

Sous forme de masses, la mélanose est tantôt entourée d'un kyste, et tantôt elle adhère immédiatement aux tissus environnans; ce dernier cas est le plus ordinaire. Elle forme des tumeurs, dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle du poing, tantôt régulières et arrondies, tantôt irrégulières et bosselées, inégales, murales; quelquefois lobulées et séparées en plusieurs lobes par du tissu cellulaire, et dans quelques cas formées par des lames superposées ou placées de champ; enfin, de la consistance du suif dans un grand nombre de cas, et dans d'autres, de celle des ganglions lymphatiques. Sa couleur est plus ou moins foncée, depuis celle d'un brun jaunâtre, ou celle de suie cuite et délayée (bistre), jusqu'au plus beau noir foncé; elle teint le papier et le linge comme l'encre de la Chine. Laënnec pensait que ces tumeurs pouvaient exister sous deux états comme les tubercules, celui de crudité et celui de ramollissement; mais il ne les avait jamais observées sous ce dernier état, et M. Andral penche à croire que l'on a pris le ramollissement des tissus au sein desquels était infiltrée la matière mélanique pour le ramolissement de cette matière elle-même. (2).

La mélanose infiltrée s'observe le plus fréquemment dans les poumons et les ganglions lymphatiques qui entourent les bronches; elle colore ces parties en noir comme si elles avaient été plongées dans de l'encre, et cela sans que leur organisation paraisse autrement altérée. Nous avons vu les deux poumons teints de la sorte en une belle couleur noire, sans avoir rien perdu de leur cohésion et de leur perméabilité à l'air. On trouve fréquemment chez les vieillards les ganglions bronchiques ainsi colorés, et exempts de toute autre altération dans leur texture. Il n'est pas rare cependant de rencontrer ces organes, ou les poumons, indurés en même temps que colorés en noir; et l'on attribue généralement cette induration à la concrétion de la matière mélanique. Sans contester qu'il en soit ainsi dans quelques cas, nous pensons avec M. Andral, que l'induration est le plus ordinairement indépendante de la mélanose, et résulte d'un état de phlegmasie chronique. La matière mélanique infiltrée est quelquefois disposée par lignes, par bandes, par plaques, et d'autres fois d'une manière uniforme. Lorsqu'elle est disséminée par plaques dans un parenchime pulmonaire enflammé, le mélange de coloration qui résulte de ce double état morbide donne à cet organe coupé par tranches l'aspect d'un beau granit.

On ne rencontre que rarement la matière mélanique étendue en nappe concrète à la surface des membranes. M. Andral ne l'a même trouvée que dans le péritoine, à la surface libre de cette membrane, et colorant de fausses membranes; et sur un cheval, dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine à la tunique musculaire de l'intestin dans une étendue de plusieurs pouces (1).

Enfin, M. Breschet regarde comme de la mélanose à l'état liquide, la matière du vomissement dans certaines affections chroniques de la muqueuse gastrique, matière que l'on a comparée pour la couleur à de la suie ou à du chocolat. M. Andral a trouvé le péritoine rempli par un liquide très-noir, qui n'était peut-être que du sang altéré. Enfin, M. Proust a soumis à l'analyse de l'urine qui offrait une couleur d'un noir foncé; il y a rencontré un acide particulier, qu'il a proposé de nommer acide mélanique.

Quelle est la nature de la mélanose? Quelle en est la source? Quelle est la cause de sa formation? La science possède à peine quelques probabilités sur tous ces points. Les analyses des chimistes distingués, et les recherches savantes de M. Breschet, tendent à faire croire que cette matière est formée par du carbone uni à la matière colorante du sang. On sait que chez les vieillards, il n'est pas rare de trouver quelques ganglions bronchiques fortement imprégnés de mélanose, qui paraît s'y déposer naturellement par les seuls progrès de l'âge; et ce fait vient à l'appui de l'opinion depuis long-temps émise par M. Broussais, que la mélanose n'est pas un état morbide, mais un simple dépôt du carbone du sang dans les tissus. Quoi qu'il en soit, c'est, à n'en pas douter,

(1) *Bulletins de la société de l'École de médecine*, 1806.

(2) *Dictionnaire de Médecine* en 21 volumes, tom. XIV, pag. 99 et suivantes.

(1) *Dictionnaire et article cité*.

du sang que cette matière tire son origine. Quel autre fluide pourrait en effet la fournir? Est-ce l'irritation, est-ce la phlegmasie, qui en provoquent le développement? Rien n'est moins prouvé, rien n'est moins plausible.

A l'un ou l'autre des quatre états que nous avons indiqués, on a trouvé la mélanose dans presque tous les tissus; dans les poumons, c'est là son siége le plus fréquent; dans le foie, dans l'estomac, entre la plèvre et le tissu pulmonaire, entre le péricarde et le cœur, dans le tissu de la peau, à la surface de la membrane muqueuse intestinale, dans le tissu des artères, dans la cavité même des capillaires artériels et veineux; dans le tissu même du cœur, dans les mamelles, dans les ovaires, dans les ganglions lymphatiques, et enfin dans les os. On la rencontre quelquefois dans plusieurs organes à la fois.

Quoique la mélanose soit en quelque sorte une altération du tissu propre aux vieillards, on l'a cependant observée à tous les âges. Aucun symptôme spécial n'en révèle la présence, et jusqu'à ce jour il n'a été possible de l'étudier que sous le rapport anatomique. Nous ne la décrirons par conséquent dans aucun organe en particulier. Le diagnostic n'en étant pas possible, il est presque superflu de dire qu'on n'en connaît pas le traitement.

---

# ORDRE TROISIÈME.

## CYRRHOSE.

### De la cyrrhose en général.

C'est encore à Laënnec que nous devons les premières descriptions de l'altération morbide qui va nous occuper. Elle consiste dans le développement d'un tissu de couleur fauve plus ou moins foncée, tirant quelquefois un peu sur le verdâtre, tissu résistant, quoique flasque, offrant dans les premiers temps de sa formation l'aspect d'une agglomération de petites granulations jaunes; plus tard, celui de petites masses arrondies qui paraissent résulter de la confusion de ces granulations; à une époque plus avancée, celui de masses lamelleuses; et enfin, quand la désorganisation est arrivée à son dernier terme, celui d'un putrilage d'un brun verdâtre, inodore, et un peu gluant.

Cette désorganisation a été observée dans le foie, le rein, le testicule, l'ovaire, et le corps thyroïde; mais c'est le premier de ces organes qui en a offert le plus grand nombre d'exemples; c'est sur lui seul, pour ainsi dire, qu'elle a été bien étudiée, et presque tout ce que nous dirons dans ces considérations générales lui sera principalement applicable.

Une particularité remarquable d'abord de la cyrrhose, c'est que l'organe dans lequel elle se développe diminue de volume, se flétrit, se ride, s'atrophie, et devient flasque à mesure que la maladie fait des progrès; tandis que dans les commencemens son volume était au contraire augmenté; du moins dans le foie il en est toujours ainsi. On peut déjà conclure de ce fait que la cyrrhose n'est pas le résultat de la production d'un nouveau tissu, comme le pensent peut-être encore quelques médecins. M. Boulland, auteur d'un mémoire plein d'intérêt sur cette maladie (1), a donné une explication très-ingénieuse de son mode de formation. Ce médecin pense que la cyrrhose du foie résulte de l'atrophie d'un des élémens organiques de cet organe, l'*élément brun* ou vasculaire, atrophie qui rend plus saillant, plus visible, l'autre élément organique, son *élément jaune*, celui qui paraît chargé de la sécrétion de la bile; et il cherche à prouver que sa nature est encore la même dans les autres organes. Il explique d'une manière satisfaisante les différens aspects sous lesquels on rencontre la cyrrhose, par les progrès et l'ancienneté de la désorganisation. Enfin, il attribue l'atrophie de l'élément brun, cause première du désordre, à des congestions vives et répétées, produites par un obstacle à la circulation, et dont le premier effet est de séparer cet élément organique d'avec l'autre; et il cite en preuve la coïncidence presque constante de la cyrrrhose avec les maladies du cœur, ou avec des circonstances qui ont pu apporter du trouble dans la circulation. On pourrait faire quelques objections à cette dernière partie de la théorie. M. Andral regarde la cyrrhose comme l'effet de l'hypertrophie de la substance jaune du foie (1); mais il nous paraît difficile d'admettre un état d'hypertrophie dans un organe dont la masse a diminué, même en reconnaissant qu'un de ses élémens organiques est atrophié, et jusqu'à de nouvelles recherches, c'est à l'opinion de M. Boulland que nous nous rangeons.

Les causes de la cyrrhose ne sont pas connues; car, même en admettant avec M. Boulland que les obstacles à la circulation forment la principale, il reste toujours à expliquer pourquoi la cyrrhose est si rare quand les obstacles à la circulation sont si fréquens; et l'on sera conduit à reconnaître qu'une autre cause, qui nous échappe, contribue à produire cette maladie; et de conséquence en conséquence, on pourra bien arriver à penser que cette cause inconnue est peut-être la plus influente.

On ignore tout aussi complètement les symptômes de cette désorganisation; elle entraîne à la longue l'amaigrissement; quand elle a son siége dans le foie, elle détermine l'ascite et l'œdème des membres abdominaux; mais toutes les maladies chroniques du foie ne-sont elles pas dans ce cas?

(1) *Mémoires de la société médicale d'émulation*, tom. IX, Paris 1826, in-8° fig.

(1) *Clinique médicale*, tom. IV, page 9.

Elle produit rarement l'ictère, et plus rarement encore elle réagit sur les autres organes et provoque des sympathies. Nous devons dire, au reste, que si le diagnostic en est des plus obscurs, du moins elle n'est pas grave, et que c'est toujours à d'autres affections que les individus sur les cadavres desquels on l'a rencontrée avaient succombé. Par quels moyens pourrait-on la combattre, si le diagnostic en était possible? on l'ignore complètement.

# ORDRE QUATRIÈME.

## SQUIRRHE ET CANCER (1).

### Du squirrhe et du cancer en général.

L'inflammation a quelquefois pour effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, de produire l'engorgement chronique ou l'induration des tissus qu'elle affecte. Le sang qu'elle y avait appelé, plus ou moins dépouillé de sa matière colorante, peut-être une certaine quantité de lymphe et quelquefois le liquide même que sécrète naturellement l'organe, tous ces liquides s'accumulent et engouent les aréoles du tissu malade, ils y stagnent, se concrètent par cela seul qu'ils ne sont plus agités par le mouvement circulatoire, et c'est ainsi que se forme l'induration, comme nous l'avons dit en traitant de l'inflammation en général.

C'est de la même manière que se forme le *squirrhe* dans un grand nombre de cas. Mais le squirrhe se développe assez fréquemment aussi sans que l'inflammation l'ait précédé. Il suffit souvent pour le produire d'une irritation peu forte, mais prolongée ou fréquemment renouvelée ; il suffit même, dans certains organes délicats, la glande mammaire, par exemple, que leur tissu ait été une fois meurtri pour que l'extravasasion de fluides qui en résulte ne puisse plus se dissiper qu'avec la plus grande difficulté, et que le squirrhe en soit l'effet. Enfin, des auteurs recommandables pensent même qu'il peut naître sans aucune irritation antécédente : cette opinion est peu probable, mais elle atteste du moins que l'irritation qui le provoque est quelquefois difficilement appréciable.

On entrevoit déjà les caractères distinctifs du squirrhe et de l'induration. Tous deux consistent bien dans l'engorgement chronique des tissus ; mais l'induration succède nécessairement à la phlegmasie, le squirrhe peut survenir sans en avoir été précédé ; l'induration conserve encore quelques uns des caractères de l'inflammation qui l'a fait naître, le squirrhe n'en conserve aucun, et souvent même ne les a jamais revêtus ; l'induration appartient à la phlegmasie comme la suppuration, et ne constitue pas un état morbide particulier ; le squirrhe est au contraire un état morbide spécial que plusieurs causes peuvent produire, l'induration enfin suppose toujours la présence de molécules sanguines dans les mailles du tissu engorgé ; le squirrhe, au contraire, peut être et est très-souvent formé par l'infiltration, la sécrétion, le dépôt, la stagnation, comme on voudra l'appeler, d'autres fluides que le sang. Qu'on ne s'exagère pas toutefois l'importance de cette distinction ; le squirrhe succède quelquefois à l'induration, comme celle-ci à la phlegmasie : inflammation, induration, squirrhe ne sont donc parfois que trois époques ou trois phases d'une même maladie, successives et dépendantes les unes des autres, et la différence entre les deux dernières est alors difficile à établir. Cependant, comme cette succession, cet enchaînement, cette dépendance n'est que le fait exceptionnel pour le squirrhe, il reste en général facile de le distinguer de la phlegmasie et de l'induration.

Mais les caractères que nous lui avons assignés jusqu'ici sont aussi ceux des tubercules ; il nous reste donc encore à trouver des caractères distinctifs entre ces deux états morbides. Voici les principaux : les causes du squirrhe sont presque constamment locales, celles des tubercules presque toujours générales ; le squirrhe est ordinairement douloureux, les tubercules n'occasionent en général aucune douleur, et ne troublent le jeu des organes que mécaniquement, c'est-à-dire par leur poids, leur masse, ou leur nombre ; le squirrhe constitue en général une tumeur unique, les tubercules, au contraire, sont presque toujours multiples; chacune de ces désorganisations affecte une sorte de prédilection pour certains organes, le squirrhe pour les mamelles, l'utérus, l'estomac, le testicule, le foie, le pancréas, la parotide, etc., les tubercules pour les ganglions lymphatiques, les poumons, le cerveau, etc. ; enfin, le squirrhe est divisé en lobes et en lobules réunis par du tissu cellulaire, et comprend presque toujours dans sa masse le tissu propre des organes qui est lui-même *malade*, *altéré* d'une manière particulière et souvent peu connue : les tubercules, au contraire, constituent des corps homogènes dans tous leurs points et comme formés par une matière inorganique agglomérée, et sont presque toujours logés entre les fibres des tissus restés *sains* autour d'eux. Toutefois, aucun de ces caractères n'est constant; le squirrhe semble naître dans quelques cas sous l'influence de causes générales, il est assez souvent indolent, il n'oppose parfois qu'un obstacle purement mécanique au libre exercice des fonctions des tissus qu'il occupe, il forme quelquefois plusieurs tumeurs, il peut affecter tous les organes indistinctement, enfin, il se développe assez fréquemment, suivant un grand nombre d'auteurs, à la manière des tubercules, c'est-à-dire comme

(1) Laënnec, *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. II, pag. 46 et suiv. — Bayle et Cayol, même dictionnaire, tom. III, pag. 537 et suiv. — Bégin et Bouillaud, art. CANCER du *dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. IV, pag. 425 et suiv.

un corps étranger au milieu des tissus restés sains autour de lui. Ce n'est donc qu'en réunissant plusieurs des signes que nous lui avons reconnus, qu'on peut en général le diagnostiquer avec quelque précision; encore arrive-t-il plus d'une fois qu'on le méconnaisse lorsqu'il a son siége dans un organe profondément situé.

Malgré ces nombreuses difficultés, on peut cependant définir le squirrhe : une tumeur dure, presque toujours unique, peu sensible à la pression, de temps en temps traversée par des douleurs rapides, vives et lancinantes, se développant souvent sans cause appréciable, ne faisant en général que des progrès très-lents, d'une résolution toujours difficile et souvent même impossible, formée par la concrétion de fluides blancs au milieu d'un tissu enflammé ou hypertrophié, quelquefois sain, et d'autres fois ayant subi une altération dont la nature n'est pas connue, et offrant, quand on l'incise, l'aspect homogène et la couleur du lard rance. Tant que la nature du squirrhe ne sera pas complètement connue, c'est par une description abrégée, retraçant ses principaux traits, qu'il faudra le définir.

Qu'on se représente maintenant un tissu devenu squirrheux, c'est-à-dire engorgé de fluides qui s'y sont concrétés et que l'absorption ne peut plus éliminer, et ayant subi dans sa propre texture une altération dont la nature est variable et souvent inconnue; et que l'on se demande ce qui doit s'y passer. Il est clair que sa fonction ne s'exercera plus ou ne le fera que d'une manière imparfaite dans le point engorgé; que s'altérant de plus en plus, et bientôt confondu, combiné peut-être avec les fluides qui l'engouent, il deviendra de plus en plus difficile d'en reconnaître les traces dans la masse squirrheuse; qu'il en résultera un tout homogène, dans lequel on ne rencontrera plus aucun des caractères de l'organisation normale; que tôt ou tard, au sein de cette masse, il s'opérera un travail moléculaire, soit vital, soit chimique, peut-être l'un et l'autre en même temps; que ce travail, quelle qu'en soit du reste la nature, ne devra ressembler en rien à aucun des phénomènes morbides connus, puisqu'il aura lieu dans une partie dont l'organisation différera totalement de l'organisation qui nous est connue; enfin que, suivant l'ancienneté du squirrhe, la nature des désorganisations avec lesquelles il peut être compliqué (tubercules, mélanose, cyrrhose), la rapidité plus ou moins grande avec laquelle s'opérera le travail moléculaire dont il vient d'être question, etc., il en résultera des altérations morbides extrêmement variées. C'est en effet ainsi que les choses se passent; nous allons en voir la preuve dans l'examen des caractères anatomiques du squirrhe à ses différens périodes.

Tout tissu devenu squirrheux présente, lorsqu'on l'incise, une agglomération de masses lobuleuses, réunies par du tissu cellulaire dense et serré, subdivisées en lobules plus petits, entre lesquels on peut souvent reconnaître encore le tissu propre de l'organe. Sa consistance varie depuis celle de la couenne de lard, avec laquelle il a beaucoup de ressemblance, jusqu'à celle des cartilages; sa couleur est d'un blanc un peu bleuâtre ou grisâtre; il est légèrement transparent. Cette altération se compose de deux parties bien distinctes : l'une est le tissu lui-même, plus ou moins altéré, tantôt devenu plus dense et d'apparence fibreuse, tantôt aminci, ayant perdu sa cohésion, et parcouru par des vaisseaux assez gros, mais à parois minces et faibles, et quelquefois enfin accru dans sa nutrition et comme hypertrophié, formant des aréoles, et quelquefois des cellules très-irrégulières; et l'autre consiste dans une matière d'apparence inorganique, tantôt blanche, bleuâtre ou verdâtre, tantôt rougeâtre ou d'un brun très-clair, déposée dans les cellules formées par le tissu, et adhérant plus ou moins à leurs parois, et probablement sécrété par ce tissu lui-même.

Tel est l'état du squirrhe dans sa première période; mais tôt ou tard les traces du tissu disparaissent plus ou moins complètement, et la tumeur n'offre plus qu'un tout homogène, ayant la plus grande ressemblance avec le lard rance, criant sous le scalpel, et dans lequel on ne retrouve que par une dissection attentive les vestiges du tissu au milieu duquel s'est formée la désorganisation. A cette époque du squirrhe, la maladie prend le nom de *cancer*, *cancer occulte*; elle s'accompagne déjà de douleurs très-vives pendant la vie.

Enfin, dans une période plus avancée de la maladie, on trouve la masse squirrheuse inégale, bosselée; adhérente aux tissus environnans, au milieu desquels elle envoie des prolongemens fibreux qui participent plus ou moins à la désorganisation; entourée de veines dilatées et flexueuses; ramollie dans un ou plusieurs points, ou comme pénétrée par de la sérosité; offrant dans quelques cas l'aspect de la substance blanche du cerveau (encéphaloïde ou tissu cérébriforme de Laënnec); quelquefois parsemée çà et là de petits épanchemens sanguins; d'autres fois creusée dans plusieurs points de petites cavités remplies d'un liquide séreux ou sanieux, entrecoupée parfois de portions dures et rouges, de matière lardacée, de portions de l'organe encore saines, de fongosités, de matière tuberculeuse, de mélanose; enfin, ulcérée à sa surface. Cet ulcère (*ulcère cancéreux* des auteurs) est souvent coupé à pic, ses bords forment quelquefois un bourrelet dur et lardacé; d'autres fois ils sont renversés, minces et inégaux: sa forme est tantôt arrondie ou ovale, et tantôt irrégulière; sa surface est grisâtre, ou rougeâtre ou brunâtre; ou recouverte de fongosités mollasses, d'une pellicule grisâtre ou noire, de sanie putride, ou d'une matière brunâtre, semblable à la suie délayée. Enfin, on rencontre à des distances plus ou moins éloignées de la désorganisation principale, des glandes engorgées et enflammées ou affectées de squirrhe, et quelquefois d'autres tissus frappés de la même dégénérescence. La maladie parvenue à ce troisième degré de désorganisation, dont nous venons de tracer les principale formes, prend dans les auteurs les noms de *squirrhe* ou *cancer ramolli*, *ulcéré*, et *carcinôme*.

Tels sont les caractères anatomiques du squirrhe aux trois époques principales de sa marche. Dans la première, nous l'avons vu ne consister que dans une altération tantôt phlegmasique, tantôt hypertrophique, et quelquefois inconnue dans son essence, du tissu propre de l'organe affecté, avec

sécrétion, épanchement, ou infiltration d'une matière concressible, probablement formée par de l'albumine et de la fibrine décolorée. Dans la seconde, nous avons vu cette matière et le tissu de l'organe subissant une altération progressive de plus en plus profonde, finir par se confondre en une masse homogène, au sein de laquelle les traces de l'organisation deviennent de plus en plus rares. Enfin, dans la troisième, nous avons vu s'établir au milieu de cette masse un travail désorganisateur, probablement inflammatoire dans quelques cas, mais plus fréquemment d'une nature inconnue, et des désordres variés en être les résultats. Or, la nature et la succession de ces désordres confirment la théorie que nous avons donnée de leur formation ; nous verrons bientôt qu'à chacune des trois périodes que nous avons établies, correspondent des symptômes particuliers, des méthodes thérapeutiques différentes, des chances diverses de curabilité, et nous puiserons dans ces faits de nouvelles preuves en faveur de l'opinion que nous avons émise sur le mode de développement de cette maladie.

Mais nous avons dit que plusieurs auteurs pensaient que le squirrhe se développait quelquefois à la manière des tubercules, entre les mailles des tissus non altérés qu'il refoule tout autour de lui en s'accroissant. Cela arrive quelquefois en effet. Ce qui précède ne peut donc pas être complètement applicable à cette variété de la maladie, désignée généralement par les noms de *tubercules squirrheux*. Isolées en quelque sorte au milieu des tissus qui les enveloppent, ces masses squirrheuses n'en gênent pendant long-temps les fonctions que d'une manière mécanique ; souvent entourées d'un kyste, elles ne font en général que des progrès très-lents, et on les voit quelquefois rester stationnaires pendant un très-grand nombre d'années. Leurs caractères anatomiques sont à peu de différence près les mêmes que ceux du squirrhe proprement dit, parvenu à sa seconde période. Ainsi, leur tissu est dense, criant sous le scalpel, homogène, comme demi-transparent quand il est divisé en couches minces, sans aucune disposition linéaire, d'apparence lardacée, et paraît formé par un tissu fibro-cellulaire fortement imprégné d'albumine. Toute la tumeur est quelquefois renfermée dans un kyste fibreux, tantôt adhérent à sa surface, et tantôt n'envoyant dans son intérieur que quelques prolongemens vasculaires pour l'alimenter. Ces kystes ne se forment très-probablement que secondairement à la désorganisation squirrheuse, et les prétendus tubercules squirrheux ne sont peut-être qu'un mode de terminaison, et non une variété de la maladie. Quoi qu'il en soit, il arrive tôt ou tard une époque où la masse se ramollit, les tissus qui l'entourent s'altèrent, et dès lors sa marche, ses progrès ultérieurs ne diffèrent plus de ceux du squirrhe proprement dit, arrivé à sa seconde période. La présence du kyste peut cependant encore ralentir la marche de la maladie, et l'on a vu quelquefois des tubercules squirrheux enkystés, entièrement convertis en matière cérébriforme, sans qu'aucun changement extérieur pût le faire soupçonner.

La plupart des causes du squirrhe sont de nature irritante, et c'est là un des principaux faits sur lesquels s'appuyent les médecins, qui regardent cette maladie comme succédant toujours à une inflammation. Mais, comme toutes les stimulations ne sont pas nécessairement suivies de phlegmasie, et comme dans un très-grand nombre de cas, le squirrhe se développe sans avoir été précédé de cet état morbide, nous n'admettrons pas cette étiologie dans toute sa rigueur ; nous dirons seulement qu'une *irritation* passagère ou répétée préside presque toujours, et peut-être toujours, à sa formation, et que cette irritation est quelquefois inflammatoire. La simple énumération des causes va nous fournir la preuve de ces vérités.

On observe rarement le cancer chez des sujets âgés de moins de vingt ans; les femmes en sont plus fréquemment affectées que les hommes; le tempérament lymphatique y prédispose ; on hérite de la prédisposition à le contracter comme de toutes les prédispositions en général. On le voit survenir, dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence de coups, de froissemens répétés, des stimulations fréquentes, de phlegmasies chroniques, d'ulcérations anciennes, principalement de nature syphilitique, de la suppression des règles ou d'un flux hémorrhoïdal, et, disent les auteurs, à la suite de la répercussion des dartres ou de toute autre phlegmasie cutanée. Mais il est quelquefois impossible de remonter à sa cause et dans ces cas, c'est l'analogie seule qui nous la fait supposer irritante. En traitant du cancer de chaque organe en particulier, nous en ferons connaître les causes spéciales.

Tant que le squirrhe n'est qu'à sa première période; il produit en général peu de symptômes, la douleur est presque le seul qui s'y fasse remarquer, et encore cette douleur n'est-elle pas continue, et ne se fait-elle souvent sentir qu'à de longs intervalles. Il n'est pas rare même qu'il n'en provoque aucune, et s'il a son siége dans un organe profondément situé, rien n'en revèle l'existence. Placé à l'extérieur, il reste fréquemment ignoré, ou bien il ne s'annonce que par ses caractères physiques, sa masse, son poids et sa consistance. Cette absence de symptômes est remarquable ; on pourrait presque la regarder comme caractéristique de cette affection, tant elle est fréquente ; car, on l'observe même dans le squirrhe qui succède à une phlegmasie, et il est très-ordinaire de voir les symptômes d'une inflammation disparaître, l'induration persister, sans que rien ne l'annonce si elle est profonde, puis après un temps quelquefois très-long, des signes de squirrhe se manifester là où l'on ne se rappelle déjà plus qu'il a existé une inflammation. Aussi, toute tumeur dure, ancienne, et dont l'origine est obscure, doit inspirer de la défiance; et si cette tumeur sans être très-sensible à la pression, est cependant le siége de douleurs vives, rapides et passagères, si elle est en même temps bosselée, il n'y a presque plus de doute alors qu'elle ne soit de nature squirrheuse. On voit cependant des squirrhes dont la forme est très-régulière, ronde ou ovoïde, et qui ne causent aucune douleur.

Après un laps de temps indéterminé, la masse squirrheuse prend, comme nous l'avons dit, le caractère cancéreux, c'est-à-dire que les traces du tissu s'effacent de plus en plus, se confondent avec

la matière déposée dans ses aréoles, et qu'il en résulte un tout homogène et d'apparence lardacée. A cette seconde période de la maladie, des douleurs se font sentir dans la masse squirrheuse, ou si elles existaient déjà, elles deviennent plus fréquentes; ces douleurs sont lancinantes, elles donnent la sensation d'une aiguille acérée ou d'un trait de feu qui traverserait la tumeur; chaque jour elles augmentent et d'intensité et de fréquence; elles privent les malades de sommeil, et parfois elles sont violentes au point de leur arracher des cris aigus; la tumeur s'accroît; tous les soirs il survient un peu d'accélération dans le pouls, un peu de soif se manifeste, la peau est chaude et sèche, le teint s'anime, et les joues sont brûlantes; bientôt le malade maigrit, l'appétit l'abandonne, la peau, toujours sèche, prend une coloration jaune-paille, les douleurs, la soif, la chaleur de la peau et l'accélération des battemens du cœur sont presque continuelles, et le malade peut succomber à l'épuisement et à ses souffrances avant que le squirrhe n'ait commencé à se ramollir.

Les symptômes de la seconde période n'ont pas toujours l'intensité que nous venons de décrire; le cancer a d'ailleurs parfois son siége dans des organes extérieurs ou d'une importance secondaire; enfin certains malades sont doués d'une résistance vitale très-considérable, et dans ces trois cas, la maladie se prolonge, et la désorganisation continue à faire des progrès. Bientôt ce travail inconnu dont nous avons parlé, s'établit, excité quelquefois par l'inflammation de la tumeur, et marque le début de la troisième période. Le cancer se ramollit, il s'ulcère, s'étend au loin en rongeant toutes les parties qui l'environnent; un ichor fétide, brûlant, et qui irrite toutes les parties qu'il touche, souvent même du sang provenant de l'érosion des vaisseaux, s'en échappent et sont rejetés au-dehors si la partie cancéreuse communique à l'extérieur par quelque voie; il se propage à d'autres tissus, soit par sympathie, soit peut-être par le transport de la matière cancéreuse ramollie dans le torrent circulatoire; des frissons alternant avec de petites sueurs et de la diarrhée se manifestent; les douleurs laissent à peine quelques instans de relâche; l'amaigrissement fait des progrès rapides; les chairs sont mollasses et légérement infiltrées; la faiblesse est extrême, et la mort vient enfin terminer cette scène de souffrances.

La marche du squirrhe est lente en général, on voit des individus porter pendant vingt et trente ans des tumeurs squirrheuses qui restent stationnaires et ne compromettent jamais leur existence; cela ne s'observe pourtant que dans les squirrhes indolens et qui n'occupent pas un organe essentiel à la vie, et dans les squirrhes enkystés. Dans les cas contraires, les progrès du mal sont continus, et cependant plusieurs années peuvent encore s'écouler entre le début et la terminaison; quelquefois, au contraire, la désorganisation est des plus rapides, et quelques mois suffisent pour qu'elle s'opère. Il est rare que l'on obtienne la guérison du squirrhe lorsqu'il n'est pas susceptible d'être opéré, bien plus rare encore de le voir guérir spontanément; on a cependant vu des cancers ulcérés se cicatriser. Tout squirrhe est d'autant moins curable qu'il est plus ancien, plus douloureux, plus étendu, que la désorganisation du tissu est plus profonde, que l'organe qu'il occupe est plus essentiel à la vie; enfin, que le malade est plus âgé, plus affaibli. Les conditions opposées sont au contraire des chances favorables. Les récidives sont d'autant moins à craindre que les malades sont plus jeunes, d'une meilleure constitution, le mal plus circonscrit et moins ancien lorsqu'on en a entrepris le traitement. Quelquefois la gangrène s'empare de toute la masse cancéreuse, et l'isole des tissus environnans; cette masse se sépare, et la plaie qui en résulte se cicatrise avec la plus grande promptitude. Mais les exemples de ces heureuses terminaisons sont peu communs, et le cancer est toujours une maladie grave.

Si les symptômes et la marche des deux premières périodes étaient toujours tels que nous venons de les exposer; si surtout il était toujours possible d'apprécier le degré d'altération qu'a subi le tissu squirrheux; si l'on possédait des signes certains pour distinguer le squirrhe curable de celui qui ne l'est plus, on pourrait choisir, parmi les moyens thérapeutiques, ceux qui seraient les plus convenables au degré de la maladie; on pourrait recourir de prime abord aux plus efficaces, on éviterait des tâtonnemens inutiles et qui font souvent perdre un temps précieux pendant lequel le mal fait des progrès funestes, on épargnerait aux malades l'ennui de ces médications impuissantes auxquelles on ne les soumet que trop souvent, et l'on ne commettrait plus l'erreur déplorable de les priver d'organes qui pouvaient encore être rendus à leurs fonctions. Mais telle est l'incertitude qui règne sur tous ces points, que le traitement du squirrhe ne repose sur aucune base fixe, et donne rarement d'heureux résultats, lorsque le mal n'est pas accessible au moyens chirurgicaux. Nous allons cependant essayer de le soumettre à quelques règles.

Lorsque le squirrhe est récent, lorsque surtout il succède à une phlegmasie, on doit tenter de le guérir par les saignées locales répétées, les révulsions exercées sur d'autres parties, et surtout sur les voies digestives lorsqu'elles ne sont pas le siége du mal, et l'usage interne des narcotiques pour calmer les douleurs si elles sont vives. Quand le mal est extérieur, on joint à ces moyens l'emploi des topiques émolliens, narcotiques, résolutifs. Plusieurs guérisons ont été obtenues par ce mode de traitement, et on doit toujours débuter par le mettre en usage, lorsque la désorganisation cancéreuse n'est pas bien évidente. Il y a plus; comme on l'a vu réussir dans des cas où la désorganisation paraissait arrivée à son dernier terme, il est toujours prudent de commencer par y avoir recours, quitte à y renoncer si l'on s'aperçoit qu'au bout de quelque temps il ne produise aucun amendement. On y a toujours cet avantage, soit de rendre le mal stationnaire, soit de le réduire à son état de plus grande simplicité, et de rendre par là plus facile l'emploi des autres médications.

Il est souvent utile de faire alterner ce traitement avec l'emploi des excitans locaux; c'est fré-

quemment le seul moyen d'imprimer au squirrhe le mouvement, l'activité vitale nécessaires à sa résolution, et de faire cesser l'état d'inertie dans lequel il est souvent comme engourdi. Mais ici, il faut bien prendre garde de dépasser le but qu'on se propose, car il n'est pas rare de voir le surcroît d'irritation qu'on excite hâter la désorganisation; c'est à l'expérience à guider sur ce point. Cette méthode n'est, comme on le pense bien, applicable qu'au cancer extérieur, puisqu'il faut pouvoir suivre de l'œil les effets qu'on produit, afin de les maintenir dans les limites voulues pour le succès. Outre l'inconvénient d'ailleurs, de s'exposer en l'employant dans le cancer profondément placé, à dépasser le degré d'excitation que l'on veut produire dans l'organe malade sans pouvoir en être averti à temps, il serait souvent très-dangereux de provoquer dans un organe important le plus faible degré d'excitation possible.

On peut avec avantage seconder les effets de ces méthodes thérapeutiques, par l'abstinence, sinon complète, comme le voulait Pouteau, de Lyon (1), du moins assez rigoureuse. L'expérience a démontré que sous l'influence de l'abstinence, les engorgemens chroniques se résolvent avec plus de facilité : il semble que l'absorption ne trouvant plus à s'exercer sur des matériaux nutritifs, puise dans toute l'économie les matières qui sont étrangères. On sent qu'en employant ce moyen, il ne faut pas pratiquer d'aussi nombreuses ni d'aussi fortes saignées locales que lorsque les malades prennent des alimens qui réparent leurs pertes. Pouteau même se bornait à l'abstinence et à l'eau pure; il est vrai qu'il privait entièrement ses malades d'alimens; il ne leur donnait que cinq à six pintes d'eau à la glace par jour, et continuait ainsi pendant trente, quarante, cinquante jours, et même deux mois, puis il les ramenait ensuite graduellement aux alimens, en commençant par un jaune d'œuf délayé dans deux verres d'eau froide, donnait ensuite des crêmes, puis des soupes, et enfin des alimens solides. Quoi qu'on ait dit pour déprécier cette méthode, elle nous paraît rationnelle, et les faits de guérison que Pouteau rapporte à l'appui, déposent fortement en sa faveur. Nous croyons donc qu'on en obtiendrait de bons effets, soit en l'employant seule et dans toute sa rigueur, soit moins sévère et combinée avec les méthodes précédentes.

Lorsque ces moyens restent sans effet, ou mieux, dès le début du mal, et concurremment avec eux, on peut avoir recours à certains médicamens, lesquels administrés à l'intérieur, paraissent avoir pour effet d'activer la résolution de la masse squirrheuse; tels sont la ciguë, la belladone, l'acétate de cuivre, l'oxide d'arsenic, le carbonate de fer, le plomb et ses diverses préparations, l'eau de mer, l'onguent mercuriel, etc. L'efficacité de tous ces médicamens est contestée par divers auteurs; cependant, on ne peut se dissimuler qu'ils ne comptent tous des succès; on serait donc coupable de ne les pas prescrire; mais il faut faire attention de les déposer dans des estomacs sains, et de ne les donner qu'à des doses très-modérées et graduellement croissantes, si l'on ne veut pas déterminer de graves accidens.

Enfin, dans ces derniers temps, on a remis en pratique un moyen essayé depuis quatorze ou quinze ans en Angleterre; ce moyen, c'est la compression. M. Récamier qui l'a surtout vantée en France, l'exerce au moyen de couches d'agaric superposées, de manière à former un cône tronqué dont le sommet correspond à la tumeur, et sur la base duquel appuie un bandage compressifs fait avec des bandes ou un corset. Mais comme ce moyen n'est applicable qu'aux cancers extérieurs, et presque uniquement à celui des mamelles, nous renvoyons ce que nous avons à en dire à l'histoire de cette dernière affection.

Mais il arrive fréquemment que tous ces moyens échouent, alors même qu'on y a recours dans les conditions en apparence les plus favorables à leurs effets. Les tissus sont quelquefois si profondément altérés dès les commencemens de la maladie, que rien ne peut les ramener à leur organisation normale. Il ne reste plus alors aucune ressource si le cancer occupe un organe intérieur, et le mal est incurable. Si, au contraire, la maladie est extérieure, deux puissans moyens sont encore à la disposition de l'homme de l'art, les caustiques et l'extirpation. Mais on ne doit les employer l'un ou l'autre que lorsqu'on a la certitude de détruire le mal tout entier : dans le cas contraire, lorsque le cancer est étendu, que plusieurs parties en sont affectées, toute opération est inutile, elle a même l'inconvénient de hâter la désorganisation des parties malades qu'on n'a pas détruites. Les caustiques ne doivent être appliqués qu'aux cancers peu étendus, en raison des accidens graves qu'ils pourraient produire si on voulait détruire par eux une masse cancéreuse très-considérable; leur emploi est d'ailleurs soumis aux règles que nous avons plusieurs fois posées dans le cours de cet ouvrage. L'extirpation leur est préférable dans la majorité des cas.

Cette opération, variable dans les différentes parties du corps où un cancer peut se développer, est cependant soumise à quelques règles générales que nous allons faire connaître, et qui sont applicables à l'extirpation de la plupart des tumeurs. Ces règles sont : 1° si la tumeur est petite et mobile, de la découvrir par une incision simple, à travers laquelle on la fait saillir en la pressant sur les côtés, ce qui donne la facilité de la saisir, et de détruire en quelques coups d'instrument les faibles liens celluleux qui la retiennent; 2° si la tumeur est volumineuse et la peau altérée, de circonscrire toute la portion des tégumens altérée dans deux incisions semi-elliptiques; si la peau est saine, de découvrir le squirrhe au moyen d'une incision en T ou d'une incision cruciale, qui l'une et l'autre doivent s'étendre jusqu'au-delà de la base du mal, afin de pouvoir la découvrir en totalité; 3° de disséquer les lambeaux, et de séparer la tumeur des parties voisines à grands coups de bistouri, afin d'abréger la durée de l'opération et les douleurs du malade; 4° de diriger le tranchant du bistouri obliquement vers le tissu cellulaire ambiant qui est sain, afin de ne pas s'exposer à laisser quelque reste du squirrhe, qui pourrait re-

(1) *Œuvres posthumes*, t. I.

produire la maladie ; 5° de ménager cependant autant que possible, et de faire pour cela écarter avec les doigts des aides, les organes voisins, dont la lésion est inutile ou dangereuse ; 6° de lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise, afin que le sang ne masque pas la couleur des tissus, et aussi afin de se mettre à l'abri des hémorrhagies consécutives ; 7° de placer même d'abord deux fils sur les gros vaisseaux que l'on est forcé d'ouvrir, afin de ne les couper qu'entre ces deux ligatures ; 8° après l'opération, de bien examiner l'état de la plaie, à l'aide de la vue et du toucher, afin de reconnaître s'il reste quelque partie du tissu induré ou suspecté que l'on devrait enlever incontinent ; 9° enfin, de ne panser la plaie qu'après avoir attendu une ou deux heures, afin d'être sûr que l'écoulement du sang est définitivement arrêté, et qu'il ne se fera point d'hémorrhagie consécutive.

On extirpe de cette manière tous les cancers opérables ; cependant, quand on a lieu de soupçonner que la tumeur est enkystée, il vaut mieux, surtout lorsqu'elle a une base large, et qu'elle est appliquée sur des parties qu'il serait dangereux de blesser, fendre le kyste et le vider ; on peut alors le saisir et l'étendre, de manière à voir toujours ce que l'on fait, et à rendre plus facile sa séparation d'avec les parties sous-jacentes.

L'un des caractères les plus fâcheux du cancer est la facilité avec laquelle il se reproduit. Par quelque moyen qu'on l'ait guéri, on n'est jamais bien assuré qu'il ne récidivera pas. Des moyens nombreux ont été mis en usage pour prévenir cette funeste récidive, mais aucun d'eux n'a pu réussir ; ce sont d'ailleurs pour la plupart les mêmes médications que l'on conseille pour guérir la maladie.

Les saignées générales, un régime adoucissant, et les précautions connues de l'hygiène, paraissent les seules utiles, les seules auxquelles on croie devoir attribuer quelques succès. Cependant nous devons dire que les squirrhes enkystés ne repullulent presque jamais après leur extirpation.

Tous les organes sont susceptibles d'être affectés de squirrhe et de cancer. Nous n'examinerons pas cette maladie dans les divers siéges qu'elle peut occuper, ce serait nous exposer à de fréquentes et inutiles répétitions ; nous nous bornerons donc à l'étudier dans les organes importans et dans ceux où elle présente quelques particularités.

### Du squirrhe et du cancer du cerveau.

Les causes du cancer du cerveau ne sont pas connues ; on a seulement remarqué qu'il était beaucoup plus fréquent dans l'âge mûr qu'aux autres époques de la vie, et l'on peut en conclure que les affections morales en sont les causes les plus ordinaires. Cette maladie est assez rare.

*Symptômes*, *marche*, *durée*, etc. Il est loin d'être facile de diagnostiquer le squirrhe du cerveau, les symtômes qu'il présente ayant la plus grande analogie, et souvent la plus exacte ressemblance avec ceux de la plupart des autres affections cérébrales. Cependant sa marche, et le caractère de la douleur qui l'accompagne, permettent quelquefois de le reconnaître. Il débute en général par des douleurs lancinantes très-violentes, qui reviennent par accès. (Bayle et Cayol.) Ces douleurs, quelquefois très-étendues, d'autres fois circonscrites, se font ordinairement sentir au point correspondant à la partie affectée, bien qu'il ne soit pas sans exemple de les voir se déplacer Elles sont tellement vives, que les malades poussent des cris et des gémissemens continuels ; il semble à quelques uns que leur tête va se fendre ; à d'autres, qu'elle est serrée comme dans un étau. Les accès, d'une durée variable depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, d'abord éloignés d'un ou plusieurs mois, se rapprochent de plus en plus ; ils se répètent toutes les semaines, puis tous les jours, puis plusieurs fois par jour ; la douleur augmente d'intensité à mesure que les intervalles des accès diminuent ; elle finit par devenir continue avec des redoublemens, et ne laisse plus le moindre relâche aux malades.

Tant que les accès ne reviennent qu'à de longs intervalles, la santé générale des malades ne paraît pas en souffrir ; mais, à mesure qu'ils se rapprochent, le teint s'altère de plus en plus, et il présente bientôt cette coloration jaune-paille qui et un des caractères des affections cancéreuses. Bientôt aussi du trouble survient dans les fonctions intellectuelles ; des symptômes de paralysie se manifestent, et les membres paralysés sont le siége de douleurs vives et lancinantes ; on observe quelquefois des convulsions, de véritables attaques d'épilepsie, et même on a vu la manie et l'idiotisme en être les suites.

Il est digne de remarque que, malgré ces violentes douleurs, les malades conservent en général leur embonpoint naturel pendant assez longtemps, seulement leurs chairs sont pâles et flasques ; ils mangent et digèrent parfaitement, et les femmes conservent leur menstruation régulière. Après des mois et quelquefois des années de cet état la substance cérébrale s'enflamme autour du squirrhe et les symptômes de cérébrite se montrent ; le malade ne tarde pas alors à succomber. Dans quelques cas, les malades meurent dans une attaque d'épilepsie ou dans des convulsions. Nous ne parlons pas de la paralysie du rectum et de la vessie, qui survient souvent dans les derniers temps de la vie ; c'est un effet inséparable de pareils désordres.

*Caractères anatomiques*. En disséquant le cerveau des individus qui ont succombé à cette maladie, on trouve une ou plusieurs masses squirrheuses présentant tous les caractères anatomiques que nous avons fait connaître dans nos généralités, et le plus ordinairement formées par du tissu squirrheux, de la matière encéphaloïde et de la matière tuberculeuse. Il est plus ordinaire de ne rencontrer qu'une tumeur que d'en trouver plusieurs, et presque toujours la substance cérébrale est ramollie et enflammée autour d'elle ; quelquefois la masse cancéreuse n'est ni régulière ni circonscrite, elle se continue de toutes parts avec la substance du cerveau. On trouve quelquefois de la sérosité épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde, cette membrane est parfois enflammée.

*Traitement*. L'art échoue toujours contre cette redoutable maladie ; on ne peut en général que soulager les malheureux qui en sont atteints : c'est en combattant chaque symptôme en particulier

qu'on y parvient; on sonde le malade pour le faire uriner; on vide le rectum des matières fécales qui y sont accumulées; on combat les convulsions par les bains et les affusions, les congestions par les saignées locales ou générales, et les douleurs de tête par l'application de la glace et des cataplasmes émolliens et narcotiques sur la tête préalablement rasée. Cependant on doit, lorsqu'on a diagnostiqué de bonne heure la maladie, recourir à l'emploi des saignées, des vésicatoires, des cautères et des sétons à la nuque; prescrire les purgatifs répétés, les pédiluves, et les médicamens (ciguë, belladone, etc.) que nous avons indiqués comme applicables au traitement de tous les cancers.

### Du squirrhe et du cancer des nerfs.

Le cancer affecte rarement les cordons nerveux, et la science ne possède qu'un petit nombre d'observations de cette désorganisation. Marandel a observé un exemple de tumeur cancéreuse développée dans le nerf saphène externe; M. Moutard Martin en a vu un exemple dans le nerf médian; M. Lévêque-Lasource, dans le trifacial; M. Dupuytren, dans le nerf tibial postérieur, dans le sous-orbitaire; Wardrop dans le nerf optique, etc. La rareté de ces observations a empêché qu'on pût jusqu'à ce jour tracer l'histoire de cette affection; on en ignore les causes. L'engorgement squirrheux du nerf, les douleurs lancinantes dessinant le trajet du nerf affecté, des troubles dans le mouvement ou la sensibilité des parties auxquelles il se distribue, sont les seuls symptômes qu'on lui assigne. Le traitement ne diffère pas de celui que nous avons indiqué pour le cancer en général; il consiste dans l'emploi des antiphlogistiques, des narcotiques et des stupéfians au début, et lorsque ces moyens ont échoué, dans l'extirpation ou la cautérisation de la tumeur squirrheuse, si elle peut être facilement atteinte par les instrumens chirurgicaux.

### Du squirrhe et du cancer des paupières.

Le cancer des paupières occupe tantôt leur bord libre, et tantôt l'une ou l'autre de leurs commissures.

Dans le premier cas, il commence ordinairement par un bouton d'apparence dartreuse, ou dur et inégal, qui, après être resté long-temps stationnaire et peu sensible, devient douloureux, et se transforme en un ulcère à bords élevés, renversés, saignans, inégaux, qui s'étend peu à peu vers le bord adhérent de l'organe, en se prolongeant soit sur la peau, soit sur la conjonctive, soit en envahissant en même temps toute l'épaisseur de la paupière. Le cancer qui attaque les commissures se fait remarquer plus souvent à la commissure externe que vers l'interne. Il peut également débuter par un bouton, qui prend peu à peu le caractère cancéreux; mais quand il attaque le premier de ces points, il commence quelquefois par une gerçure douloureuse, dont les bords s'élèvent, se durcissent, se renversent, et qui dégénère ainsi en un ulcère, dans lequel on ne tarde pas à remarquer l'aspect propre à ce genre de maladie. Lorsqu'il commence par la commissure interne, la caroncule lacrymale et les points lacrymaux sont bientôt envahis, et un larmoiement incommode est le résultat du rétrécissement ou de la destruction de ces derniers. Quel que soit le lieu où il ait commencé à paraître, le cancer des paupières, quand il est ancien, se propage jusqu'au globe de l'œil.

Lorsque le mal est borné au bord libre de la paupière, on conseille généralement de l'enlever au moyen d'une incision en V, résultant de deux incisions obliques, qui, partant du bord libre de la paupière, et embrassant dans leur écartement toute la partie malade, viennent se joindre à angle vers le bord adhérent du voile membraneux. On a pour but, en opérant ainsi, de tenter la réunion immédiate de la plaie, en rapprochant ses bords au moyen de quelques points de suture. Mais la texture fibreuse des paupières s'oppose plus ou moins efficacement au rapprochement des lèvres des plaies avec perte de substance, et d'un autre côté, ces parties ont si peu d'épaisseur, qu'on ne peut pas toujours les affronter exactement. Aussi, la réunion est-elle en général fort difficile à obtenir, et voit-on presque toujours les fils couper la peau et tomber, avant que l'adhésion soit complète. Frappé de ces inconvéniens, M. Dupuytren a imaginé de saisir la partie malade avec des pinces, et de la retrancher avec des ciseaux courbes sur leur plat, en faisant à la paupière une échancrure demi-circulaire, aussi régulière que possible, et dont la convexité regarde son bord adhérent. On lie, s'il en est besoin, les artères palpébrales; on se borne à recouvrir la plaie d'un linge fin et fenêtré, enduit de cérat, par-dessus lequel on place un gâteau de charpie, que l'on soutient avec une compresse et quelques tours de bande. Les angles que forment les extrémités de la section avec le bord libre de la paupière s'effacent peu à peu, la courbure de l'échancrure diminue, son fond se met insensiblement au niveau de ce qui reste au bord palpébral, et après la cicatrisation de la plaie, la difformité est à peine apparente, et ne consiste le plus souvent que dans l'absence des cils. On sent toutefois que pour qu'il en soit ainsi, il faut que la perte de substance ne soit pas très-considérable; que, par exemple, elle ne dépasse pas la moitié de la hauteur de la paupière, car, dans ce dernier cas, l'échancrure éprouvée par le bord de cet organe ne disparaîtrait pas complètement.

Lorsque cet organe est détruit dans toute sa hauteur, l'œil reste à découvert, et il résulte de son exposition continuelle au contact de l'air une inflammation quelquefois assez violente pour se propager au cerveau, mais qui, dans le plus grand nombre des cas, passe de l'état aigu à l'état chronique, et détermine diverses altérations ou même diverses dégénérations de ses parties constitutives, dont le moindre inconvénient est la perte de la vue.

On a conseillé dans ce cas de procéder immédiatement après avoir enlevé le bouton chancreux, à la formation d'une nouvelle paupière,

en imitant l'opération usitée depuis long-temps pour réparer la perte plus ou moins complète du nez.

C'est avec la peau prise sur le front pour la paupière supérieure, et sur la joue pour l'inférieure, que l'on remplace celui de ces deux voiles membraneux qui est détruit.

On peut s'y prendre de deux manières.

Dzondi, qui a pratiqué cette opération pour remédier à l'ectropion, circonscrit entre trois incisions un lambeau de dimension suffisante et de forme appropriée à la perte de substance, et dont le quatrième côté qui reste adhérent et qui est assez large forme la base. Il le dissèque, l'allonge, et le réunit par des points de suture de chaque côté aux lèvres de la solution de continuité.

D'autres, Fricke, par exemple, empruntent au voisinage de la perte de substance qu'ils veulent combler un lambeau de forme analogue à celle-ci, le détachent et le renversent sur lui-même en le tordant sur son pédicule qui correspond à la solution de continuité, et le fixent par des points de suture; ils coupent ce pédicule après six ou huit jours, quand l'adhérence entre le lambeau et les lèvres de la solution de continuité est bien établie.

Lorsque la maladie affecte la commissure interne, on est presque toujours forcé de la circonscrire par une incision demi-circulaire; quand elle attaque la commissure externe, on peut au contraire l'inscrire dans les deux branches d'une incision en V, dont l'écartement regarde le globle oculaire: dans les deux cas, on achève de séparer le cancer à l'aide du bistouri, après l'avoir saisi et soulevé avec des pinces. On panse comme il a été dit plus haut. La guérison s'opère aussi facilement; mais il reste toujours une difformité qui consiste dans un rétrécissement de l'ouverture des paupières, et quand c'est sur l'angle interne de l'œil que l'on a opéré, comme dans ce cas les points lacrymaux sont presque toujours compromis et doivent être enlevés, il en résulte un larmoiement incurable.

### Du squirrhe et du cancer de l'œil.

Le cancer du globe oculaire est, dans quelques cas, une suite de celui des paupières, qui s'est propagé de proche en proche jusqu'à l'œil. Le plus souvent il débute dans cet organe, et il est la suite d'ophthalmies opiniâtres ou de cornéites chroniques qui se sont terminées par des abcès dans l'épaisseur de la cornée, par un staphylôme saillant entre les paupières, ou même par des tubercules cancéreux. L'œil devient le siége de douleurs lancinantes, durcit et rougit; sa surface devient inégale, bosselée, il augmente de volume, et bientôt présente tous les traits de la désorganisation cancéreuse la mieux caractérisée. La masse dégénérée écarte les paupières, les distend, les applique à sa surface, et finit par les envahir en totalité; et les malades ne tardent pas à périr, épuisés, soit par les pertes de sang, soit par les douleurs déterminées par le cancer lui-même, soit par l'extension de la maladie au cerveau, soit par suite de l'apparition de plusieurs autres cancers dans l'économie. (*Diathèse cancéreuse.*)

On ne peut détruire le cancer de l'œil que par l'extirpation. George Bartish, oculiste saxon, paraît être le premier qui ait proposé cette opération, dans un traité qui a paru en 1553. Il se servait pour la pratiquer, d'une cuiller tranchante avec laquelle il vidait l'orbite. Après lui, Fabrice de Hilden a extirpé l'œil à l'aide d'un couteau courbé sur son plat et boutonné à son extrémité; d'autres ont depuis arraché l'œil, en le saisissant avec une espèce de tenaille. Le procédé le plus simple, le plus facile, et le plus usité aujourd'hui, est celui qu'a proposé Louis (1).

Le malade étant assis, entouré d'une alèze, et ayant la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le chirurgien commence par fendre la commissure externe des paupières, afin d'agrandir l'ouverture qui doit livrer passage au globe oculaire dégénéré. Les paupières sont alors fortement écartées; l'opérateur enfonce un bistouri droit à pointe forte vers le grand angle de l'œil, et le ramène de dedans en dehors vers l'angle externe, en lui faisant suivre la ligne courbe suivant laquelle la conjonctive se réfléchit de la paupière inférieure sur l'organe visuel; dans ce trajet, la pointe de l'instrument appuie sur la partie la plus antérieure de la paroi inférieure de l'orbite, de manière à couper en même temps que la conjonctive les attaches antérieures du muscle petit oblique. L'instrument est alors conduit de la commissure externe des paupières vers l'interne, entre la paupière supérieure fortement relevée et le globe de l'œil; il divise, dans cette seconde incision, la conjonctive dans le point où elle se réfléchit de la paupière supérieure sur l'œil, et sa pointe, appuyant sur les os, coupe vers l'angle interne les attaches du muscle grand oblique à l'orbite. Le globe se trouve ainsi détaché dans toute sa circonférence, et ne tient plus au fond de la cavité orbitaire que par ses muscles propres, par le nerf optique, et par les vaisseaux ophthalmiques. Pour achever de le détacher, on le saisit avec une érigne simple ou double, ou avec une pince de Museux, et l'inclinant vers une des parois de l'orbite, on glisse entre les os et lui des ciseaux courbés sur leur plat, dont la concavité embrasse sa convexité, et avec lesquels on coupe toutes les parties qui le retiennent c'est-à-dire le faisceau formé par les quatre muscles droits, par le nerf optique et par les vaisseaux ophtalmiques. On saisit alors, et on enlève la glande lacrymale située dans l'enfoncement qui se remarque à la partie supérieure, antérieure et externe de l'orbite, parce que son séjour pourrait entraîner un larmoiement incommode; après quoi on porte le doigt dans la profondeur de la cavité, afin de reconnaître s'il n'existerait pas quelque partie de tissu cellulaire dure et engorgée, et qu'il faudrait saisir et extirper sur-le-champ. Cela fait, on lave la plaie, et on tamponne l'orbite, afin d'éviter l'hémorrhagie, après avoir toutefois laissé couler une quantité de sang suffisante pour prévenir une inflammation violente.

Tel est le procédé opératoire à employer quand les paupières sont saines et libres; si elles étaient

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tom. V.

étendues sur la tumeur et adhérentes, mais saines, il faudrait, après avoir incisé la commissure externe, les détacher par la dissection, et continuer ensuite l'opération ainsi qu'il a été dit. Si, au contraire, elles étaient elles-mêmes affectées de dégénération cancéreuse, il faudrait porter l'instrument entre leur bord adhérent et la base de l'orbite afin de les détacher, et les emporter avec la tumeur dont elles feraient partie.

Après cette opération douloureuse, le malade continue ordinairement d'éprouver, pendant quelques heures, des souffrances aiguës, qui se propagent de l'orbite dans l'intérieur du crâne, et qui dépendent à la fois de la section des nerfs nombreux qui se trouvent dans cette cavité, et de la compression que le tamponnement nécessaire pour prévenir une hémorrhagie leur fait éprouver. Il doit donc être mis au régime des maladies aiguës, saigné même si ces douleurs augmentent au lieu de diminuer. Peu à peu celles-ci se calment; vers le cinquième jour, on lève le premier appareil, et l'on continue ensuite un pansement simple jusqu'à la guérison, qui ne se fait pas long-temps attendre. S'il s'élevait du fond de l'orbite quelques végétations d'un caractère suspect, il faudrait sans hésiter les détruire à l'aide de l'instrument tranchant ou même du cautère actuel. Il reste dans tous les cas de la difformité; elle est incurable quand on a été obligé d'enlever les paupières; mais lorsqu'on a pu conserver ces organes, on peut la pallier assez bien au moyen d'un œil artificiel.

### Du squirrhe de la glande lacrymale.

Le squirrhe de la glande lacrymale est une maladie fort rare. On le reconnaît à une tumeur dure, inégale, placée à la partie supérieure externe de l'orbite, qui soulève la paupière supérieure, rejette l'œil en dedans, gêne plus ou moins ses fonctions, et suit d'ailleurs la marche propre aux maladies squirrheuses et cancéreuses. On conseille, pour l'extirper, d'inciser la commissure externe des paupières, de relever la paupière supérieure, de couper la conjonctive sur la glande tuméfiée, de la saisir avec une érigne, et de la détacher au moyen de ciseaux courbes, en ayant le soin de ménager les muscles et les nerfs de l'orbite, et surtout le globe oculaire. Il nous semble que dans beaucoup de cas, il serait plus simple d'inciser la paupière près de son bord adhérent sur la glande engorgée, de continuer ensuite l'opération ainsi qu'il vient d'être dit. Dans tous ces cas, il serait facile d'arrêter l'écoulement du sang, soit par la ligature, soit par un léger tamponnement; Guérin et Heister ont fait connaître des exemples d'extirpation de la glande lacrymale devenue squirrheuse.

### Du squirrhe et du cancer des lèvres.

C'est presque toujours à la lèvre inférieure, chez les hommes, et, parmi ceux-ci, chez ceux qui ont passé l'âge de la jeunesse et qui ont vécu dans la malpropreté, que se manifeste le cancer qui attaque la circonférence de l'ouverture de la cavité buccale. Il occupe tantôt le bord de la lèvre, et tantôt les commissures. Il commence par un bouton d'abord indolore, mais à base profonde et dure; la peau qui recouvre ce bouton est adhérente, amincie et de couleur livide. La maladie fait des progrès lents; mais enfin elle devient le siége de douleurs lancinantes, s'ulcère, et prend les caractères non équivoques du cancer ulcéré. Ce cancer détruit peu à peu la lèvre, qui laisse dès lors la salive s'écouler involontairement, envahit la membrane gengivale, et attaque l'os maxillaire inférieur; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent quelquefois dès le début de la maladie, plus souvent à une période très-avancée; les tumeurs qu'ils forment constituent autant de cancers, qui, d'abord isolés, se réunissent entre eux et au cancer principal, et convertissent toutes les parties affectées en une masse désorganisée de l'aspect le plus hideux.

Lorsque, malgré les moyens appropriés, la maladie continue de faire des progrès, il ne reste de ressource que dans l'extirpation du mal.

On pratique ordinairement cette opération de la manière suivante : le malade étant assis, et ayant la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, qui comprime avec les doigts les artères maxillaires externes à leur passage sur le bord de la mâchoire, le chirurgien saisit le bord libre de la lèvre entre le pouce et l'indicateur, à quelques lignes de la tumeur, tandis qu'un aide, tenant celle-ci, la tire en sens inverse pour tendre la lèvre. Une incision partant du bord libre de cette partie comprise entre les doigts de l'opérateur et ceux de l'aide, est dirigée obliquement vers le menton, et isole même la tumeur d'un côté. L'opérateur saisit alors lui-même la tumeur, et l'aide saisit plus loin la lèvre pour la tendre; une seconde incision, partant également du bord libre de la lèvre, de l'autre côté du mal, vient joindre l'extrémité inférieure de la première, qu'elle convertit en une incision en V, dont la base répond au bord libre de la lèvre, et dans l'écartement des branches de laquelle la tumeur se trouve inscrite. Quelques coups de bistouri suffisent alors pour la détacher, lorsqu'elle ne l'est pas complètement par les deux premières incisions. L'opération terminée, on réunit la plaie au moyen de la suture entortillée et du bandage unissant, comme à la suite de l'opération du bec de lièvre. Le traitement consécutif est aussi le même.

Quelle que soit l'étendue de la perte de substance éprouvée par la lèvre, on peut presque toujours mettre en contact les bords de la solution de continuité, parce que le tissu des joues se laisse allonger assez facilement. Après la réunion, la lèvre est d'abord beaucoup plus courte que l'autre, qui forme une moue proportionnée à la différence de longueur qui existe entre elles; mais peu à peu ce qui reste de la lèvre affectée s'allonge, et bientôt la disproportion cesse ou diminue considérablement, ainsi que la moue qui en est la suite. Cependant ce résultat ne peut être obtenu sans que la cicatrice ne soit soumise à un tiraillement continuel, dont la conséquence est un état d'irritation permanente d'autant plus fâcheuse, qu'elle a lieu dans des tissus déjà disposés à devenir le siége d'une dégénération cancéreuse, et qu'elle tend par conséquent à produire la récidive du mal.

Pour éviter cet inconvénient, Fabrizio d'Aquapendente, lorsque le cancer était fort étendu, le

retranchait à l'aide d'un couteau de bois dur trempé dans l'acide nitreux affaibli, et pansait ensuite la plaie avec des émolliens, sans en rapprocher les bords. M. Dupuytren a étendu cette méthode à toutes les affections cancéreuse des lèvres ; les boutons cancéreux, les tumeurs plus étendues, et les cancers qui affectent la totalité de la lèvre, sont enlevés par lui. les premiers, d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat; les autres, par une incision demi circulaire dont la convexité est tournée vers le bord adhérent de la lèvre. Après la ligature des vaisseaux, le pansement consiste à recouvrir la plaie d'un linge fin, fenêtré et enduit de cérat, par-dessus lequel on place un plumasseau de charpie fine, et une compresse que l'on soutient à l'aide de quelques tours de bande. Peu à peu on voit les angles de la plaie s'aplanir, le centre de la ligne concave qu'elle décrit s'élever au niveau du bord libre de la lèvre, au point qu'après la guérison la difformité ne reste apparente que quand on a enlevé la presque totalité de l'organe.

Mais alors le malade reste sujet à un écoulement involontaire de salive et à une certaine difformité qui résultent de l'adhérence de la lèvre à l'os maxillaire, à peu près au niveau de la gencive ; et lorsque la perte de substance a été très-considérable, la difformité est quelquefois repoussante.

Ces inconvéniens ont depuis long-temps fixé l'attention des chirurgiens, et les fastes de l'art contiennent çà et là des exemples de tentatives faites pour remédier à la perte des lèvres; mais les procédés mis en usage pour atteindre ce but étaient à peu près tombés dans l'oubli, lorsque de nos jours ils ont été, non-seulement remis en faveur, mais encore singulièrement perfectionnés.

On peut appliquer à la cheiloplastique les procédés de la rhinoplastique, c'est-à-dire que l'on peut, ainsi que l'ont fait MM. Delpech, Lallemand, Dupuytren, Dieffenbach, emprunter aux parties voisines un lambeau de peau pour l'appliquer sur la perte de substance et l'y maintenir à l'aide de la suture, ou, à l'imitation de Tagliacozzi, emprunter ce lambeau à la peau de l'avant-bras. Ces procédés ne diffèrent en rien de ceux de la rhinoplastique, si ce n'est par le lieu. Nous renverrons pour leur description à ce que nous avons dit à l'occasion des pertes de substance du nez.

A ces méthodes étrangères quelques chirurgiens français en ont substitué une qui offre sur elles de grands avantages, en ce que c'est par l'allongement des lèvres de la solution de continuité elle-même, et non en empruntant à l'aide d'une plaie nouvelle une pièce au bras ou à d'autres parties, que l'on comble le vide occasioné par la perte de substance; elle se compose de plusieurs procédés dont la description doit trouver place ici.

Lorsque la maladie n'est pas fort étendue, on peut mettre en usage le procédé attribué à Chopart. Il consiste à faire de chaque côté du mal une incision verticale qui, partant du bord libre de la lèvre, s'étende jusqu'au-dessous de la mâchoire plus ou moins près de l'os hyoïde ; à disséquer le lambeau limité par ces deux incisions, en le détachant de l'os de manière à lui conserver le plus d'épaisseur possible, à en retrancher par une résection transversale toute la partie malade, à l'allonger ensuite par des tractions modérées jusqu'à ce que le bord de la section soit amené au niveau du bord de la lèvre, et à le fixer dans cette situation par des points du suture placés de chaque côté en nombre suffisant.

Pour les cas où le mal affecte une plus grande étendue de parties, on devrait mettre en usage l'un des procédés suivans qui appartiennent à M. Roux de Saint-Maximin.

1° Lorsque le cancer a son siége sur le bord libre de la lèvre, ce chirurgien commence par en opérer l'ablation par la rescision de cette partie, il dissèque ensuite ce qui reste de la lèvre, le détache de l'os maxillaire en lui conservant le plus d'épaisseur possible, et en prolongeant s'il est nécessaire la dissection jusqu'auprès de l'os hyoïde ; cela fait il relève le lambeau de manière à recouvrir l'os maxillaire jusqu'aux dents, et fixe le tout dans cette position, d'une part au moyen de bandelettes agglutinatives, et d'autre part en maintenant pendant toute la durée de la cure, le menton du malade fortement rapproché de la poitrine au moyen d'un bandage approprié.

Lorsque la maladie dépasse les limites des commissures, M. Roux commence par prolonger celles-ci vers les muscles masseters, et c'est de l'extrémité externe de ces deux incisions qu'il fait partir l'incision semi-lunaire qui doit circonscrire le cancer; cela fait, il détache comme dans le premier cas par la dissection les joues et ce qui reste de la lèvre des parties sous-jacentes, après quoi il relève les tégumens qui doivent remplacer la lèvre inférieure jusqu'au devant de l'os maxillaire, réunit de chaque côté le lambeau à l'incision faite pour prolonger les commissures, en laissant entre les points de suture d'un côté et ceux du côté opposé un intervalle suffisant pour représenter la longueur de la lèvre inférieure, et applique ensuite des bandelettes agglutinatives, une fronde et le bandage propre à maintenir le menton rapproché de la partie antérieure du col. Dans un cas où il avait amputé toute la lèvre inférieure par une incision courbe, à convexité inférieure, M. Lisfranc abaissa du milieu de cette incision, une autre incision verticale qu'il prolongea jusqu'à l'os hyoïde; cette incision, en séparant la lèvre inférieure de la plaie en deux lambeaux latéraux, facilita singulièrement la dissection des parties molles jusqu'au-devant du col : les deux lambeaux furent ensuite aisément réunis à l'aide de la suture, et ramenés au-devant des dents.

Il est facile de sentir les avantages de cette méthode, et les modifications qu'elle doit éprouver, lorsque la perte de substance s'étend aux joues; elle peut aussi être appliquée à la réparation de pertes des substances anciennes, et doit alors être précédée de la résection de la cicatrice.

MM. Roux, Lisfranc, Gensoul, Blandin, l'ont employée avec succès.

Lorsque le cancer affecte l'une des commissures des lèvres, le procédé qui consiste à l'inscrire dans une incision en V, et à réunir ensuite immédiatement, reprend ses avantages, parce que, quelle que soit l'étendue de la solution de conti-

nuité, il est presque toujours facile de mettre les lèvres en contact, sans les soumettre à un tiraillement forcé. Cependant, si elles résistaient à l'allongement, il faudrait avant tout disséquer les joues et les lèvres suivant le procédé de M. Roux de Saint-Maximin.

Enfin, lorsque la maladie a fait des progrès tels qu'elle a envahi l'os maxillaire lui-même, il faut, toutes les fois que cela est possible, pratiquer la résection de la portion de cet os qui est affectée, en même temps que l'on enlève toutes les parties molles dégénérées.

### Du squirrhe et du cancer de la parotide.

Le tissu de la parotide devient quelquefois, mais rarement, le siége d'une dégénération squirrheuse. Lorsque cette affection, qui n'a point de causes spéciales, se manifeste, on voit la région parotidienne devenir le siége d'une tumeur dure, inégale et immobile, qui, après être restée pendant plus ou moins long-temps à l'état squirrheux, s'enflamme, et passe à l'état de cancer ulcéré.

L'extirpation est le seul moyen que l'on puisse opposer à cette maladie. Mais peut-on extirper la parotide ? La plupart des chirurgiens pensent que la presque certitude de léser l'artère carotide externe, située dans le fond de la fosse parotidienne, où elle est même entourée par la substance de la glande, et la difficulté, ou même l'impossibilité de la lier, doivent faire rejeter cette opération. Cependant d'autres prétendent l'avoir faite avec succès. Mais il est probable que plusieurs, sinon tous, ont été trompés par de fausses apparences, ainsi que le pensent plusieurs praticiens distingués. En effet, quoique tous affirment avoir eu à lier de gros vaisseaux, on ne conçoit pas que, vu le siége profond de cette artère, une hémorrhagie fournie par la carotide externe puisse être si facilement réprimée. Une considération qui appuie fortement cette opinion, c'est qu'il naît souvent sur la parotide, dans les ganglions qui la recouvrent immédiatement, des tumeurs squirrheuses qui, en se développant, aplatissent la glande, l'atrophient même, et envahissent la place qu'elle occupe, en la réduisant à une couche mince d'apparence celluleuse; et il est facile de voir qu'après l'extirpation de semblables tumeurs, il doit rester un vide tout-à-fait semblable à celui qui résulterait de l'ablation de la parotide, que l'on pourra croire dès lors avoir extraite.

Il y a donc une grande différence pour les dangers et la réussite de l'opération, entre les tumeurs squirrheuses placées sur la parotide, ou n'affectant que ses parties les plus superficielles, et le squirrhe total du tissu de la glande. L'extirpation des premières, quoique nécessitant quelquefois une dissection délicate, n'est pas très-difficile et n'offre aucun danger; souvent même les branches du nerf facial peuvent être ménagées, et l'on évite aux malades les désagrémens d'une paralysie de la moitié correspondante de la face. L'extirpation des autres est au contraire très-difficile et fort dangereuse; il serait par conséquent important que l'on pût, avant de se décider à opérer, distinguer ces cas l'un de l'autre, ou seulement que l'on pût reconnaître si la tumeur s'étend profondément dans la fosse parotidienne, qu'elle appartienne ou non à la parotide. Malheureusement cela est, dans la plupart des cas, impossible.

Cependant si, après avoir examiné avec attention l'état des parties, on reconnaissait que la tumeur n'a pas poussé de profondes racines et qu'il fût possible de l'enlever totalement sans toucher aux gros troncs vasculaires, voici de quelle manière il faudrait procéder à l'opération. La peau serait divisée par une incision cruciale, et les lambeaux seraient détachés jusqu'à leur base. L'expérience ayant fait connaître à M. Dupuytren que les tumeurs squirrheuses qui se développent sur la région parotidienne sont souvent enkystées, la tumeur serait fendue; on conçoit que, si l'on avait affaire à une tumeur de ce genre, après avoir pressé le kyste sur les côtés pour le vider de la matière squirrheuse et quelquefois même encéphaloïde qu'il contient, il suffirait de saisir et de tendre ce kyste avec des pinces, pour en rendre la dissection des plus faciles. C'est surtout dans ces cas que l'on conserve les nerfs faciaux dans toute leur intégrité. Si la tumeur se trouvait un squirrhe solide et non un kyste, il faudrait détacher sa base des parties sous-jacentes, en commençant par sa circonférence et arrivant peu à peu à son centre. Un aide qui la saisirait avec une double érigne ou une pince de Museux, faciliterait beaucoup cette dissection. Lorsque la tumeur, détachée de tous côtés, ne tiendrait plus aux parties profondes que par une sorte de pédicule, il serait prudent de n'achever de la séparer complètement qu'après avoir embrassé ce pédicule par une forte ligature, parce qu'il pourrait contenir des vaisseaux considérables que l'on aurait ensuite de la peine à retrouver. On lierait les autres vaisseaux à mesure qu'on les diviserait, pendant le cours de l'opération. Il est dans ces cas souvent impossible de ménager les nerfs faciaux, soit parce qu'ils sont compromis dans l'engorgement, soit parce que la base de la tumeur cache les parties sur lesquelles on porte l'instrument tranchant, et les expose à être atteintes par lui. Leur section entraîne nécessairement la paralysie de la moitié correspondante de la face.

Lorsque toute la parotide paraît devoir être extirpée, le procédé qui nous paraît préférable est celui qui a été proposé par M. Bégin, dans ses *Elémens de chirurgie et de médecine opératoire*. Ce procédé consiste, après avoir découvert la parotide, comme dans le cas précédent, à prolonger l'incision jusque sur la carotide externe, à couper cette artère entre deux ligatures, à relever sa partie supérieure avec la glande, que l'on détache de bas en haut, en liant les vaisseaux qui pourraient fournir du sang au fur et à mesure qu'ils seraient divisés; enfin, lorsque la tumeur ne tiendrait plus que par un pédicule formé par la partie supérieure de l'artère, à jeter une ligature sur ce pédicule avant de le couper, pour opérer la séparation complète du cancer.

Ce procédé, bien que d'une exécution très-difficile serait évidemment le plus sûr, puisqu'il mettrait à l'abri de toute espèce d'hémorrhagie. Le pansement de la plaie, après l'une ou l'autre de ces opérations, serait celui des plaies avec perte de substance.

### Du squirrhe et du cancer de la langue.

Cette maladie affecte de préférence la pointe ou les bords de l'organe. Elle commence par un engorgement dur, circonscrit, de peu d'étendue, pendant long-temps indolore, et dans lequel enfin se font sentir, par intervalles de plus en plus rapprochés, des douleurs lancinantes, dont l'invasion ne tarde pas en général à être suivie de l'ulcération de la tumeur. La surface de l'ulcération est grisâtre, livide; les bords sont durs et renversés, elle fournit continuellement une suppuration sanieuse d'une fétidité insupportable, et, de temps à autre, des écoulemens de sang plus ou moins abondans. Dans quelques cas, qui ne sont pas très-rares, la maladie commence par une ulcération d'abord simple, provoquée par les pointes aiguës d'une dent cariée, qui irritent la partie correspondante du bord de la langue, l'ulcèrent, et, par la continuité de leur action, finissent par provoquer la dégénération cancéreuse de sa surface. De quelque manière que la maladie ait débuté, elle fait des progrès; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires s'engorgent, et le malade périt avant même que le mal n'ait envahi la totalité de la langue.

Il est important, pour ne pas faire une opération inutile, de distinguer le cancer de la langue des engorgemens syphilitiques de cette partie. Ceux-ci sont quelquefois durs et irréguliers comme le squirrhe; mais ils se manifestent à la suite d'autres symptômes vénériens que l'on n'a point encore traités ou qui l'ont été d'une manière incomplète; ils occupent plutôt le centre que les bords ou la pointe de l'organe, ils sont plus étendus, moins circonscrits, point douloureux; leur surface présente des gerçures plus ou moins nombreuses et profondes, et ces gerçures ne fournissent aucun écoulement; enfin ils disparaissent promptement par l'effet d'un traitement anti-syphilitique bien administré.

Lorsque le cancer de la langue est bien caractérisé, et qu'il a résisté aux moyens appropriés, il n'y a d'autre ressource que dans l'extirpation du mal.

L'opération varie selon que la maladie occupe la pointe ou l'un des bords de l'organe, selon qu'elle est saillante et comme pédiculée, ou enfoncée profondément dans la substance de la langue.

Quand la maladie occupe la pointe de l'organe, il faut en général la retrancher par une incision portée en travers, à quelques lignes en arrière du tissu dégénéré. Quand elle occupe le bord, il faut au contraire l'inscrire dans une incision légèrement courbe, dirigée dans le sens de la longueur de la langue. Lorsqu'elle est pédiculée, quel que soit son siége, on saisit la tumeur avec une érigne ou une pince de Museux, on la soulève en l'attirant, et on la retranche d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat. Quand elle est adhérente, il faut de même la saisir et l'attirer, mais c'est à l'aide du bistouri que l'on fait l'incision qui la détache. Une particularité peu connue, et qui sert merveilleusement à la réussite de l'opération quand on doit emporter une partie considérable de la langue, est la facilité avec laquelle cet organe se laisse attirer au dehors. Nous avons vu M. Dupuytren mettre cette circonstance à profit dans un cas grave où il s'agissait d'emporter un cancer qui affectait toute la moitié gauche de la langue. La pointe de cet organe fut saisie avec les doigts garnis de linge par un aide qui l'attirait doucement à l'extérieur; après avoir lutté pendant quelques instans, la langue céda, et se porta presque tout entière au dehors, de manière que sa base se trouvait presque au niveau des arcades dentaires. Il fut alors facile de séparer, par une incision profonde dirigée d'arrière en avant, suivant la direction de la ligne médiane, la langue en deux moitiés, dont l'une était saine et l'autre cancéreuse, et de retrancher celle-ci à sa base, après l'avoir écartée de l'autre. Il fut aussi très-facile, après avoir préservé les dents et les lèvres au moyen de lames de carton mouillé, de cautériser avec le fer rouge toute la surface de la plaie, qui fournissait du sang en abondance par une multitude d'orifices de vaisseaux divisés, parce que l'aide n'avait pas cessé de maintenir la partie qu'on lui avait confiée, et que la solution de continuité se trouvait ainsi en évidence dans toute son étendue.

Lorsque l'opération n'a entamé que les bords ou la pointe de la langue, l'écoulement de sang est peu considérable, et s'arrête ordinairement de lui-même; mais quand la substance de l'organe est profondément entamée, il survient souvent une hémorrhagie que l'on ne peut arrêter, comme dans le cas qui vient d'être cité, qu'en employant largement le cautère actuel. Dans un cas où il s'agissait d'un bouton cancéreux placé à la pointe de la langue, M. Boyer l'inscrivit dans les branches d'une incision en V, dont il réunit ensuite les bords au moyen de deux points de suture. Cette opération avait pour but de reformer la pointe de la langue, qui aurait été tronquée si l'on eût fait une incision transversale derrière la partie malade. Mais la langue est un organe dont le tissu s'étend facilement, de manière à faire disparaître en peu de temps les traces des pertes qu'il a éprouvées. Chez le malade de M. Dupuytren, au bout de trois semaines la guérison était complète, et la partie de l'organe que l'on avait laissée s'était tellement élargie, qu'elle remplissait tout l'intervalle de l'arcade dentaire inférieure; seulement, le bord correspondant à la plaie était un peu plus mince que l'autre. Lorsque c'est la pointe de l'organe que l'on a retranché, elle s'allonge de même, mais elle reste un peu plus arrondie. L'opération faite par M. Boyer n'a donc que des avantages douteux; et comme elle est plus difficile que celle qui consiste à retrancher, par une incision transversale, la pointe de l'organe affecté de dégénération cancéreuse, il nous semble que c'est cette dernière que l'on doit préférer.

### Du squirrhe des amygdales.

Le squirrhe des amygdales est toujours consécutif à leur inflammation. C'est à la suite de plusieurs phlegmasies successives de cet organe, dont chacune a laissé un peu de tuméfaction, qu'on le voit ordinairement se former. Aussi quelques auteurs ont-ils avancé qu'il n'existait pas de véritable

squirrhe des amygdales, et que c'était un simple état d'induration qu'on avait ainsi nommé. Mais il est bien certain que les amygdales prennent quelquefois le caractère véritablement squirrheux et cancéreux ; et nous avons eu occasion de nous en convaincre une fois par la dissection. MM. Bayle et Cayol paraissent en avoir observé plusieurs exemples (1). Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, l'engorgement chronique des amygdales ne consiste réellement que dans leur induration.

Quoi qu'il en soit, l'engorgement chronique des parties devient de plus en plus considérable ; il prend de la dureté, toutes les traces d'inflammation disparaissent, et nuls moyens ne peuvent en procurer la résolution. Cette affection est sans douleur ; elle n'exerce aucune influence sur les autres organes ; mais elle a l'inconvénient d'exposer le malade qui en est atteint à contracter des amygdalites pour la moindre cause ; et si les masses que forment les amygdales tuméfiées sont un peu volumineuses, il en résulte de la gêne dans la déglutition et dans l'articulation des sons. Chez les adultes, cette gêne ne constitue en général qu'une incommodité ; mais chez les enfans très-jeunes, elle peut avoir des inconvéniens très-graves. En effet, outre que chez eux l'altération de la voix et de la parole est plus prononcée, le gonflement est parfois si considérable, que la trompe d'Eustache et même les fosses nasales postérieures se trouvent plus ou moins complètement oblitérées : d'où résultent la dureté de l'ouïe, ou même la surdité, une respiration bruyante et râleuse, surtout pendant le sommeil, laquelle exige des efforts tels, de la part des muscles inspirateurs, que la poitrine se déforme, s'arrondit en arrière et se rétrécit en devant, en s'aplatissant sur le côtés. M. Dupuytren a vu un assez grand nombre de ces cas.

Celse paraît être le premier qui ait conseillé de remédier par une opération aux incommodités que fait éprouver la tuméfaction des amygdales indurées. Il conseille, ou de détacher la glande avec l'ongle, ou de la saisir avec une érigne, et de l'exciser avec un bistouri. Depuis, la crainte de l'hémorrhagie a fait recourir à l'emploi d'autres moyens. C'est ainsi que N.-A. Severin substituait quelquefois le cautère actuel au bistouri ; que d'autres ont employé les caustiques solides ou liquides ; que d'autres ont cherché à appliquer la ligature, etc. : mais l'expérience et une connaissance plus exacte de la texture des parties ont prouvé que jamais les amygdales affectées d'engorgement chronique ne contiennent de vaisseaux assez considérables pour donner lieu a une hémorrhagie, et l'on en est revenu à l'excision conseillée par Celse ; méthode beaucoup plus sûre, plus prompte, et plus facile. Le procédé qu'on emploie aujourd'hui est une combinaison de plusieurs autres procédés, et notamment de ceux de Celse, de Caqué, de Museux, de Louis et Sabatier, etc. (2). Les objets nécessaires à l'opération sont une alèze, une spatule ou une cuiller (1), un bistouri droit boutonné, garni de linge jusqu'à deux pouces de son extrémité, et une pince dite de Museux, dont les mors sont terminés chacun par une double érigne.

Le malade enveloppé d'un drap est assis sur une chaise peu élevée et solide, en face du jour d'une fenêtre, sa tête est appuyée contre la poitrine d'un aide qui la retient en croisant ses mains sur le front. Si c'est un enfant qu'on opère, on le place sur les genoux de l'aide, qui lui maintient les jambes entre les siennes, et lui fixe de la main gauche les mains sur les cuisses, tandis qu'avec la droite, placée sur le front, il lui tient la tête renversée et appuyée contre sa poitrine. La bouche est largement ouverte et la langue abaissée à l'aide de la spatule ou de la cuiller, que l'on confie à un aide ; alors l'opérateur placé vis à-vis du malade, et tenant la pince de Museux de la main gauche, et le bistouri de la droite pour opérer sur l'amygdale gauche, et réciproquement, saisit avec la pince la glande qu'il attire un peu en avant et en dedans, porte l'instrument tranchant au-dessous, et le dirigeant *de bas en haut*, retranche toute la portion engorgée qui dépasse le niveau des piliers du voile du palais. Cette opération est simple, facile et peu douloureuse ; il suffit de faire gargariser le malade avec de l'eau un peu vinaigrée pour arrêter l'écoulement du sang. Nous l'avons vu pratiquer et pratiquée nous-même un assez grand nombre de fois, et nous n'avons jamais vu qu'elle fût suivie d'hémorrhagie ou d'inflammation.

### Du squirrhe et du cancer du corps thyroïde.

Le squirrhe du corps thyroïde se développe souvent dans des goîtres anciens ; il peut être aussi spontané et confondu pendant quelque temps avec cette maladie. Quelquefois formé d'une seule masse, il n'est pas très-rare que le squirrhe thyroïdien se développe dans plusieurs points en même temps ; et tantôt ces noyaux suivent isolément leur marche, tantôt ils se réunissent après un certain temps pour former une masse unique. Quelle que soit sa forme, la tumeur reste le plus souvent à l'état de squirrhe : mais elle n'en fait pas moins périr les malades, soit en provoquant la diathèse cancéreuse, soit en acquérant un tel volume, qu'elle finit par gêner et la circulation cérébrale veineuse et la respiration. Dans d'autres cas, enfin, elle s'ouvre et passe à l'état de cancer.

L'extirpation est le seul moyen à opposer au squirrhe et au cancer de la thyroïde ; mais cette opération, déjà fort difficile et dangereuse quand il ne s'agit que d'enlever un squirrhe peu étendu, ne

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. III, page 613.

(2) Voyez la nouvelle éditoin de la *Médecine opératoire* de Sabatier.

(1) Nous avons fait construire, pour tous les cas où il est nécessaire de maintenir la langue immobile et abaissée un instrument qui remplit cette indication beaucoup mieux qu'une spatule ou que le manche d'une cuiller, et qui peut être employé avec d'autant plus d'avantage dans l'opération dont nous parlons, que les malades eux-mêmes peuvent le tenir. Il est fait en buis ; la partie qui doit agir sur la langue est en tout semblable à l'extrémité large des *chausse-pieds* en corne, dont on fait journellement usage ; elle se retrécit en devant, pour se continuer avec un manche qui en part à angle droit.

saurait être conseillée quand la maladie a envahi toute la glande, et qu'il faut l'enlever en totalité. Tous ceux qui ont voulu la tenter dans ce dernier cas, soit pour extirper un goître, soit pour enlever un squirrhe, ont vu leurs malades périr. Lorsqu'on a voulu procéder à cette extirpation comme à une extirpation ordinaire, les patiens sont morts d'hémorrhagie avant que l'opération ait pu être terminée; et lorsque, pour éviter cet accident, on a pris, ainsi que cela a été conseillé, la précaution de lier tous les vaisseaux sur deux points avant d'en opérer la section, et de ne les couper qu'entre ces deux ligatures, comme ces vaisseaux sont toujours très-nombreux, et que d'ailleurs il est nécessaire d'apporter la plus grande attention à ménager les nerfs voisins, il en est résulté que l'opération a été très-pénible et très longue, et les malades, épuisés par la continuité de la douleur, sont morts peu d'instans après l'avoir subie. On doit donc s'abstenir de toute opération ayant pour but l'ablation totale du corps thyroïde.

Quant aux extirpations partielles de cette glande, ou à celles des tumeurs squirrheuses isolées et bien circonscrites, on peut sans doute tenter ces opérations, surtout lorsque le squirrhe occupe la partie moyenne de la glande, en ayant soin, après avoir mis la tumeur à découvert par une incision convenable et l'avoir saisie pour l'attirer au dehors, de disséquer avec précaution pour détruire les liens qui la fixent, et de lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise, ou même avant de les couper, si cela est possible. Ceux-ci sont très-nombreux; ils fournissent beaucoup de sang, et leurs ramifications sont si multipliées, qu'après la ligature des branches et des troncs, la surface de la plaie est encore le siége d'un écoulement en nappe d'autant plus grave, qu'on n'a pas la ressource de la compression pour l'arrêter, et que le voisinage des voies aériennes interdisant l'application des caustiques, on ne peut espérer de la combattre que par des moyens beaucoup moins sûrs, comme le sont, par exemple, les astringens et les absorbans. Cependant cette opération a réussi.

### Du squirrhe et du cancer du sein.

De toutes les affections cancéreuses, celle-ci est certainement la plus fréquente, quoiqu'elle atteigne presque exclusivement la femme.

Les circonstances sous l'influence desquelles la mamelle peut devenir cancéreuse sont l'âge de quarante à cinquante ans; l'irrégularité de la menstruation, l'allaitement; la pression d'un corset mal confectionné, ou le non-emploi de cette espèce de bandage chez les femmes dont les seins sont volumineux et pendans; les travaux journaliers dans lesquels les bras en mouvemens exercent sur les seins des froissemens presque continuels; les violences extérieures; en un mot, toutes les causes d'irritation du sein.

*Symptômes*, *marche*, etc. Le mal n'a pas constamment le même siége primitif, ni la même forme au début.

Une petite tumeur plus ou moins régulièrement arrondie, non élastique, dure, indolore, sans changement de couleur à la peau, et, pour ainsi dire, perdue dans le tissu adipeux de la mamelle, est le plus ordinairement le foyer du cancer. Le tissu cellulaire condensé autour de cette tumeur, lui forme dans le principe un véritable kyste, qui l'isole parfaitement des parties environnantes: les doigts peuvent la circonscrire. Plus tard, à l'occasion d'un coup, de la suppression naturelle ou accidentelle des menstrues, le squirrhe envahit en rayonnant les tissus voisins, perd graduellement la mobilité dont il jouissait, adhère à la peau d'abord, puis aux muscles, faisant toutefois plus de progrès en largeur qu'en profondeur, et vers le creux de l'aisselle que dans la direction opposée. La malade ressent une chaleur âcre et profonde, du prurit à la peau, puis des élancemens. Les ganglions axillaires, et surtout ceux qui correspondent à la face postérieure du grand pectoral, le long de son bord inférieur, s'engorgent, et quelquefois même deviennent sensibles au contact. La peau de la mamelle est fortement soulevée et amincie, les veines sous-jacentes sont variqueuses et très-distinctes; le mamelon cependant, retenu par les vaisseaux galactophores, ne suit pas le développement de la tumeur vers l'extérieur; il correspond à une espèce de cul-de-sac dans lequel se fait un suintement ichoreux, ou même il s'efface complètement. Les douleurs, d'abord intermittentes et avec exacerbation le soir, deviennent continues, occasionent de l'insomnie.

La tumeur, en se développant, perd sa forme arrondie; elle s'aplatit en s'élargissant, puis elle offre des bosselures ou de petites tumeurs qui se détachent en plusieurs points de la masse générale. La peau prend une couleur brunâtre ou comme plombée. Bientôt une des tumeurs plus considérable que les autres se ramollit, offre une fluctuation obscure; une matière ichoreuse ou sanieuse, rarement purulente, se fait jour à travers une ulcération de la peau: il n'en résulte que peu ou point d'inflammation; l'ulcération se ferme pour se rouvrir à plusieurs reprises; enfin elle devient permanente, fait des progrès en largeur, et met à découvert une surface très-inégale, grisâtre, violacée ou d'un rouge foncé, parsemée de plaques grisâtres fort adhérentes qui séparent les inégalités qu'elle présente, et abreuvée d'une sorte de putrilage très-fétide qui croupit en partie dans le fond des sinuosités. Les bords de cet ulcère sont durs, calleux, renversés ordinairement en dehors; des hémorrhagies veineuses prolongées diminuent parfois les douleurs, et presque toujours épuisent, par leur répétition, les forces de la malade. Si elle résiste à ces accidens, et surtout lorsqu'il s'agit d'une récidive, le périoste, les côtes elles-mêmes sont envahies par le mal; la plèvre, épaissie garantit à elle seule le poumon; les ganglions susclaviculaires s'engorgent, le bras s'œdématie; quelquefois enfin des artères accidentellement très-développées, sont érodées, et fournissent une hémorrhagie foudroyante, sinon, et c'est le cas le plus ordinaire, la malade succombe dans le marasme.

Tels sont le developement et la forme les plus ordinaires du cancer au sein; d'autres fois cependant il débute par une tumeur plus profonde, non isolée, et distincte des parties voisines, et ne pou-

vant être déplacée qu'avec la glande mammaire elle-même, dont elle occupe évidemment une portion, et qu'elle envahit graduellement toute entière ; ou bien cette glande devient, pour ainsi dire d'emblée, le siége d'une dureté presque égale à celle de la pierre, il n'y a pas alors augmentation de volume, mais seulement de densité; enfin, dans des cas plus rares, un érysipèle, une dartre, un suintement ichoreux du mamelon, un état squirrheux de la peau, un engorgement de toute la mamelle, sont les premiers symptômes du cancer de cet organe.

Un squirrhe au sein, développé après la suppression des menstrues, et surtout après soixante ans, affecte généralement une marche très-lente, peu douloureuse, et même, quand il est ulcéré, peut ne pas abréger sensiblement les jours de la malade; au contraire, celui qui s'est manifesté à l'époque critique, ou qui était resté stationnaire jusque-là, marche ordinairement avec une rapidité très-grande.

Chez les femmes d'un grand embonpoint, l'existence d'un squirrhe au sein, peu volumineux et roulant, peut échapper à l'observation de l'homme de l'art comme à celle de la malade elle-même, à moins de recherches très-minutieuses. Il est en outre très-difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer dès le principe le vrai caractère de la tumeur, et de la distinguer des lipômes, des kystes, des hydatides, qui se développent fréquemment dans la mamelle. Les douleurs seules, ou plutôt encore l'altération particulière des tégumens, peuvent donner l'éveil sur la gravité du mal, et déjà elle est telle que le succès d'une opération est moins certain. Le squirrhe qui affecte primitivement la glande elle-même est peut-être plus facile à reconnaître de bonne heure.

Lorsque le squirrhe développé dans le tissu adipeux est parfaitement libre d'adhérences, et s'est manifesté à l'occasion d'une violence extérieure chez une femme d'une bonne santé et bien réglée, le pronostic est alors aussi favorable que possible, la résolution peut être tentée et obtenue si l'ablation de la tumeur est entreprise, on a la certitude de l'enlever complètement, à raison de l'espèce de kyste celluleux qui l'environne et l'isole de parties voisines. Lorsque la tumeur est au contraire ancienne et adhérente, on n'agit plus avec la même sécurité, parce qu'elle n'a plus de limites précises. Celle qui se développe primitivement dans la glande n'est à aucune époque de son existence, circonscrite et parfaitement isolée des parties voisines. Sous ce rapport, son pronostic est plus fâcheux que celui du squirrhe développé dans le tissu adipeux.

*Traitement.* Dans les circonstances favorables précédemment indiquées, on peut espérer d'obtenir la résolution du squirrhe par l'emploi alternatif et long-temps prolongé des évacuations sanguines locales, des topiques émolliens et résolutifs ou fondans ; par l'administration, répétée tous les deux jours, de purgatifs doux, tels que l'huile de ricin. L'inefficacité de ces moyens constatée, on pourait recourir à la compression, en ayant soin d'en graduer l'énergie, et de la pratiquer aussi méthodiquement que possible. Nous avons vu une tumeur cancéreuse du sein, même après ulcération diminuer sensiblemet sous l'influence de ce moyen. Chez une autre femme, morte d'une affection cancéreuse interne, nous avons trouvé la glande mammaire presque réduite à la dimension d'une pièce de six liards par la compression long-temps exercée sur elle pour un squirrhe dont elle était atteinte. Cependant ce moyen, dont l'emploi a été récemment étendu aux cancers ulcérés, ne doit pas encore être considér écomme d'une utilité parfaitement confirmée.

En général, il est prudent de se désister de l'emploi de tout traitement interne ou local, et de faire l'ablation de la tumeur, dès qu'elle présente manifestement les premiers symptômes du cancer; peut-être même devrait-on, pour plus de sûreté, songer à l'enlever alors même qu'elle ne paraît encore que squirrheuse : une erreur de diagnostic serait d'autant moins grave, que les tumeurs du sein les plus simples et les plus bénignes peuvent dégénérer en squirrhe. A cette époque, en effet, l'opération est facile, courte et peu douloureuse; et l'engorgement des ganglions axillaires ne peut à lui seul constituer une contre-indication à l'opération, que quand l'ablation de ces ganglions est impossible, et qu'ils sont eux-mêmes dégénérés.

Dans les cas où la peau engorgée n'est pas saine, comme lorsque la tumeur est très-volumineuse, les tégumens mêmes étant intacts, on opère par amputation ; dans les circonstances contraires, l'extirpation est préférable.

Quel que soit le procédé opératoire, la malade est assise et la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, les bras directement appliqués contre le tronc, s'il ne s'agit que de l'extirpation d'un noyau cancéreux entièrement libre d'adhérences; lorsqu'au contraire la tumeur a contracté des adhérences, on porte le bras du côté malade en dehors et en arrière, afin de mettre les fibres du grand pectoral dans un état de tension favorable à la dissection des adhérences postérieures du squirrhe. Quand l'opération doit être longue et compliquée, il est préférable d'opérer la malade couchée.

On doit s'être muni d'un bistouri convexe sur le tranchant, de pinces et de fils à ligatures, d'éponges, d'une érigne, de bandelettes agglutinatives, d'un linge troué enduit de cérat, de charpie, de compresses, et enfin d'une grande bande ou d'un bandage de corps.

On procède à l'extirpation ainsi qu'il suit. Si la tumeur est petite et roulante, on la fixe et on la fait saillir autant qu'il est possible, en même temps que l'on tend la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche ; puis on pratique sur elle une incision transversale ou verticale, si elle est arrondie, et parallèle à son plus grand axe, si elle est plus développée dans un sens que dans les autres. En pressant avec les doigts de la main gauche, on la fait saillir entre les lèvres de l'incision, que l'on fait alors tenir écartées par un aide; on la saisit avec les doigts, une pince ou une érigne, on l'attire fortement à soi, et un ou deux coups de bistouri suffisent pour la détacher. On s'assure ensuite avec le doigt qu'on n'a laissé au fond de la plaie aucune portion indurée et suspecte. Si cela était arrivé, on saisirait ces restes du mal avec une

pince, et on en ferait l'excision. Pour favoriser cette partie de l'opération, on donne à l'incision une étendue plus que suffisante au passage de la tumeur, dont on rend d'ailleurs la dissection plus facile par cette précaution. C'est pour cette raison encore que l'on doit préférer une incision cruciale, ou du moins en T, lorsque la tumeur est d'un certain volume et a contracté des adhérences.

Lorsque le cancer est volumineux ou ancien, il est nécessaire d'enlever en même temps que lui une portion de la peau qui le recouvre, soit parce qu'elle serait exhubérante après l'opération, soit parce qu'elle est amincie ou atteinte de cancer; il faut surtout le faire lorsque les tégumens sont amincis ou cancéreux. On embrasse, dans ces cas, la tumeur entre deux incisions plus ou moins recourbées, et écartées suivant son volume et la portion de peau qu'on juge à propos d'emporter. Ces deux incisions, réunies par leurs extrémités, doivent représenter, autant que possible, un ovale allongé, cette forme étant plus favorable à la cicatrisation de la plaie que la forme circulaire; quant à la direction, elle est déterminée par celle de la tumeur. Si des ganglions engorgés et suspects existent en dehors, dans le voisinage de la tumeur principale, on prolonge les incisions dans ce sens, de manière à comprendre ces ganglions dans la même plaie, et à simplifier ainsi l'opération. Lorsque la direction de la plaie doit être horizontale, ou à peu près, il est important de commencer par l'incision inférieure, que l'on pratique après avoir soulevé la mamelle afin de tendre la peau; on attaque ensuite les adhérences qui existent à la circonférence et à la partie postérieure de la tumeur. On procède généralement de haut en bas; et, en la basculant, on détruit par rupture ses adhérences plus sûrement qu'avec le bistouri, et on abrége d'ailleurs singulièrement l'opération.

La tumeur principale étant ainsi isolée de toutes parts, on peut, en l'attirant à soi, tendre les vaisseaux lymphatiques qui, de la mamelle, vont se perdre dans les ganglions de l'aisselle, arriver ainsi à ces ganglions, et en rendre l'extirpation plus facile et moins périlleuse. Si l'ablation n'en était pas complètement possible, on jetterait sur leur prolongement une ligature qui en déterminerait tôt ou tard la chute.

Lorsque les ganglions n'ont pu être compris avec la tumeur dans une même incision, on procède à leur extirpation comme à celle du squirrhe peu volumineux et sans adhérence. Si le périoste et les os paraissent affectés, doit-on imiter la conduite de M. Richerand en un cas semblable, et pratiquer la résection de ces os ? Nous avouons que la crainte d'une pleurite générale presque inévitable nous fait hésiter à répondre à cette question par l'affirmative. Cependant, si l'on considère que le malade est condamné à une mort certaine, que le sujet opéré par ce chirurgien n'a succombé qu'à une récidive du mal développé dans le poumon, et que cette complication doit être nécessairement très-rare, peut-être se laissera-t-on entraîner à tenter l'opération hardie dont il s'agit.

Pendant la dissection de la tumeur, un aide suspend l'écoulement du sang, en plaçant ses doigts sur les orifices des artères ouvertes. On ne procède à leur ligature que quelques instans après l'opération; on rassemble les fils vers l'angle le plus déclive de la plaie; et si la totalité du mal a été enlevée, on réunit immédiatement au moyen de bandelettes agglutinatives, en laissant toutefois un échappement au pus que la présence des ligatures fera nécessairement sécréter; on panse ensuite à plat, et l'appareil est maintenu au moyen d'un bandage de corps soutenu d'un scapulaire ou avec des tours de bande.

Le premier appareil est levé le troisième ou le quatrième jour, suivant les sensations de la malade ou la saison; puis on panse à des époques plus ou moins rapprochées, suivant l'abondance de la suppuration qui s'est établie.

### Du squirrhe et du cancer du poumon.

On trouve quelquefois dans le poumon des masses squirrheuses ou de la matière cérébriforme, tantôt confondues avec le tissu même de l'organe, et tantôt isolées au milieu de ce tissu parfaitement sain et crépitant. Bayle a décrit le premier cette désorganisation sous le nom de *phthisie cancéreuse*. Il est rare de la rencontrer sans qu'il existe en même temps des cancers dans les autres organes où il est plus ordinaire de l'observer. Elle est quelquefois compliquée avec des tubercules. Aucun symptôme particulier ne la révèle; ceux qui l'accompagnent sont les mêmes que l'on observe dans toutes les désorganisations pulmonaires : toux, dyspnée, etc. Cependant l'intensité des douleurs de poitrine qu'elle produit quelquefois et que l'on observe rarement dans les affections chroniques du poumon, peuvent en faire soupçonner l'existence chez un individu déjà porteur de cancers dans d'autres organes. Bayle et M. Cayol ont remarqué que dans les derniers temps de la maladie, l'haleine des malades prenait quelquefois une odeur analogue à celle du cancer ulcéré. Au reste, cette affection est incurable, et son diagnostic ne peut être l'objet que d'une simple curiosité.

### Du squirrhe et du cancer du cœur.

Le cœur aussi peut être affecté de squirrhe, et bien que les exemples en soient très-rares, MM. Récamier, Rullier, Cruveilhier, Andral et Bayle neveu ont eu occasion de l'observer. Cette maladie se présente sous deux formes principales, celle de tumeurs isolées et celle de désorganisation du tissu même de l'organe. Comme la précédente, on l'observe rarement sans qu'il en existe dans d'autres organes, et surtout dans les poumons. Des douleurs lancinantes dans la région du cœur, des troubles dans la circulation, et de la dyspnée, sont à peu près les seuls signes dont cette affection s'accompagne. On voit qu'ils n'ont rien de bien caractéristique; ils pourraient tout au plus faire soupçonner l'existence de cette désorganisation, s'ils se montraient chez un individu atteint d'affections cancéreuses dans d'autres organes, et si surtout on avait quelques raisons de penser que le poumon lui-même en fût affecté. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'art ne peut rien contre cette maladie.

Du squirrhe et du cancer du pharynx.

Les causes et l'origine du squirrhe du pharynx sont des plus obscures, et aucun signe caractéristique n'en annonce le début. Un sentiment de gêne au gosier, un léger embarras de la déglutition, sont d'abord les seuls symptômes par lesquels il se manifeste. Bientôt on commence à apercevoir et on peut sentir avec le doigt, sur une portion plus ou moins étendue du pharynx, un engorgement dur et peu ou point douloureux au toucher. Plus tard une sorte de fourmillement et des douleurs lancinantes s'y font sentir; la difficulté de la déglutition augmente, elle devient douloureuse, et les boissons refluent souvent par les fosses nasales. Peu à peu l'induration envahit la plus grande partie du pharynx, le voile du palais et les orifices postérieurs des fosses nasales. Il ne tarde pas à s'y former un ulcère rougeâtre, à bords inégaux et élevés, ou blafard ou blanchâtre, et environné de bords arrondis et renversés; des végétations fongueuses et terminées par une tête en forme de chou-fleur couvrent la surface de cet ulcère, et interceptent plus ou moins le passage des alimens dans l'œsophage, et celui de l'air par les fosses nasales. Les douleurs lancinantes deviennent et plus fréquentes et plus vives; les glandes s'engorgent, la voix s'altère et finit par s'éteindre; enfin, dans les derniers temps de la maladie, les malades crachent avec effort une matière très-fétide formée par le mélange de la salive avec le produit de la suppuration de l'ulcère; et la déglutition étant devenue tout-à-fait impossible, on est obligé, pour empêcher les malades de périr d'inanition, de porter dans leur estomac des bouillons, du lait, ou d'autres liquides nourrissans, au moyen d'une sonde de gomme élastique introduite dans l'œsophage par la bouche, ou mieux par les fosses nasales. Quand la maladie est arrivée à ce terme, l'accélération du pouls, les petites sueurs, la diarrhée, et le défaut d'alimentation suffisante, ne tardent pas à entraîner la perte des malades, parvenus au dernier degré du marasme. Quelques uns meurent subitement et quand rien ne faisait présager une fin prochaine (1).

On trouve, à l'ouverture des cadavres, les parois du pharynx épaissies, dures, et présentant l'aspect lardacé qui caractérise le squirrhe. Les parties environnantes participent plus ou moins à la désorganisation; la membrane muqueuse et la membrane musculaire du pharynx sont encore distinctes quoique désorganisées, à moins que le ramollissement ne soit considérable.

L'art est impuissant contre cette maladie. On peut cependant tenter tous les moyens internes que nous avons indiqués en traitant du cancer en général; les moyens externes se bornent à l'emploi des gargarismes calmans, narcotiques, détersifs, pour calmer les douleurs et nettoyer l'ulcère, etc., et astringens et styptiques, lorsqu'il survient des hémorrhagies.

Du squirrhe et du cancer de l'œsophage.

L'œsophage devient quelquefois le siége d'une affection de même nature que celle que nous venons de décrire dans le pharynx. Tantôt elle est précédée par les symptômes que nous avons assignés à l'œsophagite (*voyez* cette maladie); tantôt, et ce cas est plus ordinaire, elle commence sourdement, et est à peine précédée par quelques douleurs passagères dans un point du conduit œsophagien; enfin, assez souvent un hoquet fréquent, et la sensation d'un fer chaud (*pyrosis*) dans l'œsophage en sont les symptômes précurseurs. On ne peut pas ici, comme dans le squirrhe du pharynx, voir et toucher le mal, et cela rend le diagnostic plus difficile. Une douleur dans un point de l'œsophage, sentie à la partie latérale droite du cou, entre les épaules ou dans le dos, suivant la hauteur qu'occupe le squirrhe, douleur qui ne se manifeste d'abord que par le passage du bol alimentaire, mais qui n'est pas constante, est le signe caractéristique de toutes les affections de ce conduit. Si cette douleur est lancinante, si les alimens semblent s'arrêter au lieu où elle se fait sentir, s'ils donnent la sensation d'un obstacle qui s'oppose à leur passage et qu'ils franchissent ensuite avec effort, si, plus tard, ils sont rejetés aussitôt ou presque aussitôt après leur déglutition, non par un effort de vomissement, mais par une sorte de régurgitation, on ne peut plus douter de l'existence d'un squirrhe dans l'œsophage. Le squirrhe est-il situé à la partie supérieure du canal, la régurgitation des alimens a lieu immédiatement après qu'ils ont franchi le pharynx; est-il placé plus bas, le malade peut avaler deux ou trois bouchées, qu'il rend ensuite d'une seule fois; enfin, s'il a son siége près du cardia, le rejet des alimens se fait plus long-temps attendre: il arrive quelquefois alors que l'œsophage se dilate au-dessus du mal, les alimens y séjournent, et sont ensuite rejetés avec des mucosités plus ou moins abondantes.

A mesure que la maladie fait des progrès, le calibre de l'œsophage diminue, et le passage des alimens solides et même des boissons devient de plus en plus difficile; une ulcération se forme sur un point, et le contact de toute substance, solide ou liquide, irritante ou non, cause les douleurs les plus vives; et si cette substance est excitante, elle détermine un sentiment d'érosion et de brûlure insupportable, et l'on est forcé d'avoir recours à la sonde œsophagienne pour nourrir le malade. Quelquefois la portion squirrheuse de l'œsophage contracte des adhérences avec les parties voisines; l'ulcère détruit et perfore toutes ces parties, et établit dans quelques cas une communication entre ce conduit et les voies aériennes, par exemple, et alors chaque gorgée de liquide est immédiatement suivie d'une violente quinte de toux, avec menace de suffocation. D'autres fois il ne s'établit pas d'adhérence avec les organes voisins, l'ulcère perfore les parois de l'œsophage, et les alimens s'épanchent dans le médiastin où ils font naître des abcès qui s'ouvrent dans la poitrine ou à l'extérieur, accident qui est promptement mortel. Enfin, on a vu l'œsophage se rompre dans un effort de vomissement. (Voyez *Rupture de l'œsophage.*) Quand aucun des accidens que nous venons d'indiquer ne survient, les malades suc-

(1) Bayle et Cayol, *Dictionnaire et article cités.*

combent dans le dernier degré du marasme, aux progrès de la désorganisation ou à l'insuffisance de l'alimentation.

Au siége près, les caractères anatomiques du squirrhe de l'œsophage sont les mêmes que ceux du squirrhe du pharynx.

*Traitement*. Dans les commencemens de la maladie, comme on n'a pas la certitude de son caractère cancéreux, on peut, on doit même essayer de la combattre par les saignées locales sur les points de la peau correspondans au trajet de l'œsophage; on en seconde l'effet par l'usage d'alimens doux et sous forme liquide ou demi-liquide, afin que leur passage ne soit pas douloureux et n'augmente pas les accidens. On donne en même temps des boissons adoucissantes, huileuses et narcotiques. On peut aussi appliquer avec avantage un séton ou un vésicatoire, dont on entretient longuement la suppuration, soit au cou, soit entre les épaules ou au dos, suivant le siége du désordre. Ce moyen ne doit pas être négligé dans le cas même où l'on a la certitude que le squirrhe est formé; mais alors il faut en aider les effets par d'autres médications que celles qui précèdent. Tous les moyens que nous avons indiqués dans le traitement général des cancers trouvent ici leur emploi; mais, parmi eux, il paraît que le mercure, administré jusqu'à produire une légère salivation, est plus efficace. Munkley, médecin anglais, qui a préconisé ce traitement, entretenait la salivation jusqu'à la cure de la maladie, en ayant le soin de la modérer par des laxatifs lorsqu'elle devenait trop forte (1).

Nous avons dit et nous n'avons pas besoin de répéter, qu'un régime adoucissant était indispensable dans le traitement de cette affection; mais nous devons ajouter que les alimens venteux, ainsi que les boissons chargées de gaz, telles que l'eau de Seltz, la bière, etc. doivent être proscrits avec la plus grande sévérité; les éructations qu'ils provoquent sont excessivement douloureuses. On se fait difficilement une idée, avant d'en avoir été témoin, de l'angoisse pénible que cause à son passage dans l'œsophage squirrheux et rétréci tout gaz qui vient à se dégager de l'estomac.

### Du squirrhe et du cancer de l'estomac.

Après les glandes mammaires et l'utérus, l'estomac est l'organe qu'on voit le plus fréquemment affecté de squirrhe. La vive sensibilité de cet organe, le nombre, la fréquence et la grande variété des stimulations, soit directes, soit sympathiques, auxquelles il est soumis, expliquent suffisamment cette particularité. Le squirrhe occupe rarement la totalité de l'organe; et, suivant la portion qu'il affecte, la maladie prend le nom de *squirrhe* et *cancer de l'estomac*, *squirrhe* et *cancer du pylore*. M. Prus, auteur de la meilleure monographie que possède la science sur le cancer de l'estomac, pense que la cause prochaine de cette maladie consiste dans une modification particulière du système nerveux de l'estomac, que l'on pourrait appeler une irritation nerveuse (1).

*Causes*. On voit rarement se développer le squirrhe de l'estomac avant l'âge de vingt-cinq ans, ce n'est même en général qu'après la trente-sixième année qu'il se manifeste. Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes, probablement en raison de l'impression plus profonde et plus durable que les grands chagrins produisent sur les premiers, et sans doute aussi parce qu'ils abusent davantage des stimulans de l'estomac. Le tempérament nervoso-sanguin ou nervoso-lymphatique prédispose à le contracter.

On regarde généralement les chagrins profonds et prolongés comme la cause la plus puissante du cancer de l'estomac; et il est facile de concevoir cet effet des passions tristes, quand on sait que, chez les individus nerveux, leur action semble glisser sur le cerveau, et vient retentir douloureusement sur l'organe de la digestion, ainsi que l'attestent la douleur et la constriction pénible de l'épigastre qui les suivent immédiatement. A cette cause, il faut joindre toutes celles qui peuvent irriter l'estomac d'une manière lente, sourde, répétée et prolongée, telles que l'abus du vin et de toutes les liqueurs spiritueuses, surtout lorsque ces liquides sont frelatés, comme cela n'est que trop commun dans les grandes villes : l'habitude de les prendre à jeun augmente beaucoup leur dangereuse efficacité. Les coups et les contusions sur la région épigastrique, les vomitifs répétés, l'usage prolongé du sublimé corrosif, les poisons donnés à petites doses, et principalement ceux qui sont tirés du règne minéral, concourent puissamment, et suffisent souvent pour produire cette redoutable affection. Enfin, elle succède assez fréquemment à la gastrite chronique, quelles qu'en aient été les causes, et par le seul fait de la prolongation de cette maladie. (V. *Gastrite chronique*.)

*Symptômes*, *marche*, etc. Le début du squirrhe de l'estomac est sourd, comme l'action des causes qui le font naître. D'abord c'est un sentiment de malaise ou une sensation indéfinissable qui se fait sentir dans la région de l'estomac, soit dans l'état de vacuité, soit dans l'état de plénitude de cet organe; plus tard il survient de légers troubles dans la digestion, des rôts, des aigreurs, quelquefois de la soif, rarement de la douleur, et le rejet, par une sorte de régurgitation, de certains alimens, tels que les corps gras ou huileux. Ces symptômes durent plus ou moins long-temps sans s'aggraver, si le régime du malade est convenable; mais enfin les digestions deviennent de plus en plus pénibles, une soif plus vive et plus constante les accompagne; les éructations sont quelquefois fétides, et presque toujours d'une âcreté insupportable; l'ingestion du vin provoque presque instantanément des aigreurs, celle du lait les excite quelquefois; la présence seule des alimens dans l'estomac y détermine un sentiment de pesanteur, et leur digestion cause de la chaleur et souvent de la douleur. Au bout de quelque temps, des vomissemens se joignent à ces symptômes : ils ne consistent d'a-

(1) *Transactions médicinales* de Londres, année 1768.

(1) *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac* par René Prus. Paris 1828.

bord que dans le rejet à jeun d'une matière incolore, aqueuse ou filante, aigre ou douceâtre. Bientôt les malades rendent quelques gorgées d'alimens après le repas : d'abord non altérés, ces alimens paraissent ensuite avec une couleur brune, comme s'ils étaient mêlés à du chocolat, à du marc de café, ou à de la suie ; les vomissemens deviennent de plus en plus fréquens, et finissent par suivre chaque repas. C'est alors que se manifestent surtout ces caprices bizarres de l'estomac, qui lui font repousser aujourd'hui tel aliment qu'il digérait facilement la veille ; c'est alors aussi qu'on le voit digérer parfois les mets les plus indigestes, et choisir en quelque sorte au milieu des substances variées qu'on y ingère celles qui lui répugnent et les repousser seules par le vomissement. Une constipation opiniâtre existe presque constamment. Si l'on palpe à cette époque la région épigastrique, on y sent quelquefois une tumeur dure plus ou moins considérable, en général peu sensible à la pression, changeant ordinairement de place avec l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac et les positions dans lesquelles on l'explore, mais correspondant, dans tous les cas, à un des points de cet organe. Ce signe est peut-être le seul vraiment pathognomonique du squirrhe de l'estomac.

Jusque là, la maladie n'a ordinairement point influé sur la nutrition ; l'appétit, l'embonpoint, les forces, le teint, se conservent parfois assez bons, à quelques irrégularités, quelques variations près. Nous avons même vu plus d'une fois l'embonpoint faire des progrès très-rapides dans cette première période de la maladie, au point d'étonner, d'inquiéter les malades eux-mêmes, et nous sommes tentés de regarder ce phénomène comme d'un fâcheux augure. Jusqu'à cette époque aussi, les symptômes de la maladie ont présenté souvent de longues intermittences, et des malades se sont crus guéris pendant plusieurs mois ; mais tôt ou tard, quelquefois sans cause connue, les accidens se réveillent avec plus d'intensité, pour ne laisser bientôt que de courts instants de relâche aux malheureux malades.

Soit que les symptômes de la seconde période succèdent sans interruption à ceux de la première, soit qu'ils se raniment après avoir été quelque temps assoupis, les douleurs deviennent vives et lancinantes, et se font sentir à tous les instans de la journée, les vomissemens se répètent plusieurs fois le jour, et sont de plus en plus abondans; les matières vomies ressemblent davantage à du marc de café ou à de la suie délayée, et contiennent souvent des grumeaux de sang ou des caillots noirâtres; les éructations sont continuelles, et l'ingestion de la plus petite quantité d'alimens, quelquefois même des boissons les plus douces, suffit souvent pour provoquer l'explosion de tous ces accidens, et cause même, dans quelques cas, les douleurs les plus vives dans la région de l'estomac. En même temps les forces diminuent, les jambes s'infiltrent autour des malléoles, la peau devient terne et d'un jaune paille, l'amaigrissement fait des progrès, les joues se cavent, la face se grippe, une diarrhée colliquative se déclare, et les malades, épuisés par la douleur, par la privation du sommeil et par le défaut de nourriture, meurent dans le dernier degré du marasme.

Quelques différences se font remarquer dans les symptômes du cancer de l'estomac, selon qu'il occupe le cardia, le pylore, ou le corps même de cet organe. S'il a son siége au cardia, la douleur se fait sentir au moment même où le bol alimentaire franchit cet orifice; c'est au dos et quelquefois derrière l'appendice xyphoïde qu'elle existe principalement : un hoquet fréquent tourmente les malades, et les vomissemens ont lieu aussitôt après l'ingestion des alimens ; quelquefois même ceux-ci sont repoussés avant d'avoir pu franchir le cardia. Lorsque la maladie affecte le pylore au contraire, ce n'est que lorsque la digestion est déjà avancée, et quand la pâte chymeuse est poussée vers le duodénum, que les vomissemens surviennent; il se passe donc toujours quelque temps entre leur ingestion et leur rejet. Quelquefois même ils s'accumulent dans l'estomac pendant plusieurs jours, le distendent, s'y mêlent aux mucosités sécrétées à sa surface, et sont ensuite rejetés en masse dans un vomissement abondant. Si la tumeur squirrheuse est facilement appréciable à l'extérieur, son siége dans l'hypocondre droit, entre les fausses côtes et l'ombilic, indique qu'elle appartient au pylore. Enfin, quand le cancer occupe les parois de l'estomac, la douleur épigastrique est très-vive, facile à réveiller par la pression, et se fait ordinairement sentir tout à la fois en avant, sur les côtés, et dans le dos; les vomissemens sont moins constans. Ils ne consistent souvent que dans une régurgitation facile d'une petite quantité d'alimens mêlés à beaucoup de mucosités mousseuses; enfin, on sent quelquefois, en explorant l'épigastre, les parois épaissies de l'organe.

Le cancer de l'estomac est loin de donner toujours lieu à des symptômes aussi tranchés. Plusieurs auteurs ont vu, et nous avons observé nous-mêmes sur les cadavres des squirrhes de l'estomac que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie. D'un autre côté, la plupart des symptômes que nous avons décrits se montrent quelquefois sans qu'ils existe de cancer ; le diagnostic de cette maladie n'est donc pas toujours facile ; cependant, avec de l'attention, il est possible de la reconnaître dans le plus grand nombre des cas. Sa marche est en général assez lente ; on l'a vue n'entraîner la perte des malades qu'après quinze et vingt ans, mais on l'a vue aussi naître et se terminer par la mort en quelques mois. Il est douteux qu'elle puisse guérir ; la mort paraît en être la terminaison inévitable ; cependant, si l'on en juge par ce qui arrive à l'extérieur, on peut croire qu'elle est quelquefois susceptible de guérison.

*Caractères anatomiques.* Les caractères de la lésion qui constituent le squirrhe de l'estomac sont ici les mêmes que dans toute l'étendue des voies de la digestion : une ou plusieurs masses dures, homogènes, lardacées, criant sous le scalpel, existent entre la membrane muqueuse et la membrane musculaire. Le tissu cellulaire qui sépare ces membranes en est le siége, et si la maladie n'est pas ancienne, on distingue très-bien encore ces parties de la tumeur cancéreuse ; mais quand l'affection a duré un certain temps, les membranes

cités participent plus ou moins à la désorganisation; la membrane musculaire surtout se montre souvent hypertrophiée au point d'avoir jusqu'à un pouce d'épaisseur (Prus.). M. Louis a le premier signalé cette dernière altération, déjà entrevue par quelques auteurs (1). Dans les deux cas observés par lui, le pylore était rétréci, d'où l'on pourrait conclure que l'hypertrophie de la tunique musculaire était le résultat des efforts qu'elle avait dû faire pour surmonter l'obstacle qu'opposait le rétrécissement au passage des alimens dans le duodénum. Ce n'est que très-tard que l'on ne trouve plus de traces de la membrane interne et de la tunique moyenne de l'estomac, et qu'elles sont confondues avec la désorganisation. Celle-ci est plus ou moins étendue; elle occupe quelquefois l'organe tout entier, et d'autres fois elle n'est que de la grandeur de l'ongle; son étendue moyenne est celle de la paume de la main; son épaisseur n'est pas moins variable, elle n'est dans quelques cas que d'une à deux lignes, et dans d'autres elle va jusqu'à deux ou trois travers de doigt. Quand elle est partielle, ce qui est le plus ordinaire, elle occupe, ainsi que nous l'avons déjà dit, soit le corps de l'organe, soit le pylore, soit le cardia. Quand elle a son siége au pylore, l'estomac est toujours plus grand que dans l'état normal, parce qu'il a été amplié par l'accumulation des alimens, que le rétrécissement de l'ouverture pylorique forçait à séjourner dans sa cavité. Cet organe est au contraire rétréci lorsque la désorganisation occupe une autre partie de ses parois; on le trouve souvent rempli par un liquide noirâtre, semblable à celui qui faisait la matière des vomissemens, soit qu'il existe une ulcération, soit qu'il n'en existe pas. Il n'est pas ordinaire que la désorganisation soit bornée à l'estomac quand elle est un peu ancienne; très-souvent alors elle s'étend aux parties environnantes, le foie, le tissu cellulaire qui entoure le pancréas, la rate, et l'intestin colon, avec lesquelles elle a contracté des adhérences.

C'est toujours par la membrane muqueuse que l'ulcération du squirrhe commence. Les bords de cet ulcère, taillés en biseaux aux dépens de cette membrane, sont durs, élevés, renversés; sa surface est grisâtre, fongueuse, quelquefois surmontée par des végétations; et l'on voit souvent des veines flexueuses et dilatées s'irradier tout autour de lui. Il détruit quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'estomac, et creuse même dans les parties voisines avec lesquelles se sont établies les adhérences. On a vu de la sorte une communication s'établir entre l'estomac et le colon; le foie érodé ou profondément détruit; la rate creusée en une vaste poche; le diaphragme perforé; les vertèbres dorsales corrodées, et les parois mêmes de l'abdomen attaquées.

*Traitement.* Si l'on considère que le cancer de l'estomac commence souvent par une gastrite chronique, si l'on se rappelle que souvent ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de cette phlegmasie, on en tirera tout naturellement cette conséquence, qu'il est presque toujours utile de débuter dans son traitement par l'emploi des antiphlogistiques généraux et locaux. C'est aussi la marche que suivent aujourd'hui la plupart des médecins : nous renvoyons par conséquent pour les règles de cette médication à ce que nous avons dit en faisant l'histoire de la gastrite chronique.

Lorsqu'après l'emploi continué pendant quelque temps des saignées locales, de la diète ou du régime lacté et des boissons adoucissantes, on n'aperçoit aucun amendement dans les symptômes, ce n'est pas encore une raison pour abandonner cette voie, il faut seulement y joindre des moyens plus énergiques. C'est alors qu'on doit avoir recours aux moxas, aux sétons ou aux cautères sur la partie des parois abdominales qui correspond au siége présumé occupé par le squirrhe. De ces trois moyens, le cautère avec la potasse caustique nous a toujours paru préférable; il est plus facilement supporté par les malades; il n'expose pas, comme le moxa, l'estomac à une inflammation violente et rapidement mortelle; il est moins douloureux à panser que le séton.

Mais lorsque la maladie reste stationnaire, ou continue de s'aggraver malgré l'emploi de tous ces moyens combinés, il faut alors recourir aux médicamens conseillés par tous les auteurs, qui, s'ils ne guérissent pas, soulagent au moins les malades. Parmi ces médicaments, les narcotiques, tels que les extraits de jusquiame et de ciguë et les diverses préparations d'opium sont regardés comme les plus efficaces. Si l'opinion de M. Prus est fondée, ces médicamens seraient même les plus rationnels, les plus directement réclamés par la nature de la maladie. Nous avons vu si fréquemment de bons effets de l'emploi des narcotiques, soit dans les cancers extérieurs soit dans ceux de l'estomac, que nous ne sommes pas éloignés de partager l'opinion de notre honorable confrère. Quelques auteurs disent avoir retiré de bons effets des sucs des plantes chicoracées, des antiscorbutiques, de l'extrait de trèfle d'eau, etc. En général, l'infusion légère de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger plaît aux malades et les soulage de leurs vomissemens; on administre aussi avec avantage, dans quelques cas contre ce symptôme et contre les vents qui font souvent beaucoup souffrir les malades, le sirop d'éther l'eau, de menthe, l'infusion de citronelle, mais ces derniers médicamens ne procurent ordinairement qu'un soulagement momentané, bientôt suivi d'une exaspération des accidens. Il est rare qu'on soit obligé de combattre la constipation presque inséparable de cette maladie; mais quand on soupçonne que l'accumulation des matières contribue à accroître les souffrances et le malaise, on cherche à y remédier par des lavemens d'eau simple ou de décoction de graine de lin, etc., et ce n'est que dans des cas extrêmes qu'il faut se décider à recourir à quelque minoratif. Il ne faut pas perdre de vue, en employant les uns ou les autres de ces moyens, que le régime est une partie très-essentielle du traitement du squirrhe de l'estomac, et qu'il doit toujours reposer sur ces deux bases : exclusion absolue de tous les alimens et de tous les liquides excitans, usage persévérant des boissons et des mets de propriétés opposées.

(1) *Mémoires* ou *recherches anatomico-pathologiques, etc.*, pag. 120 et suiv.

### Du squirrhe et du cancer des intestins.

L'abus des purgatifs, les diarrhées prolongées et les phlegmasies anciennes du tube intestinal, ont quelquefois pour effet d'en épaissir les parois dans une étendue plus ou moins considérable, et d'en produire à la longue l'induration squirrheuse. Dans les premiers temps de sa formation, cette maladie se confond avec celle qui l'a précédée et dont elle est l'effet; mais si elle est primitive, elle ne s'annonce d'abord que par un état habituel de constipation et des coliques passagères; elle reste long-temps stationnaire et sans produire d'autres symptômes; enfin les coliques deviennent de plus en plus fréquentes et vives; de la constipation, des borborygmes, un gonflement douloureux du ventre, et quelquefois des vomissemens les accompagnent; peu à peu le malade maigrit, sa peau prend un aspect terreux et jaunâtre. On sent quelquefois, à travers les parois abdominales, la tumeur que forment les parois indurées de l'intestin, et cette tumeur est quelquefois sensible au toucher. Quand le squirrhe vient à s'ulcérer, les malades sont ordinairement pris de diarrhée, et rendent par les selles des matières sanguinolentes mêlées de pus.

Des symptômes particuliers, qui dépendent du rétrécissement du conduit intestinal, se manifestent tôt ou tard; tels sont la distension du ventre par l'accumulation des matières fécales et par les gaz qui sont retenus au-dessus de la portion rétrécie; les vomissemens d'alimens moitié digérés; une constipation prolongée, de temps en temps interrompue cependant par une ou deux évacuations très-abondantes de matières fécales demi-liquides qu'accompagne l'issue d'une grande quantité de gaz, et qui procurent toujours un affaiblissement considérable du ventre et un soulagement marqué. Cependant l'amaigrissement fait des progrès, les jambes s'œdématient, et les malades succombent bientôt dans le dernier degré du marasme.

On trouve sur les cadavres les parois de l'intestin épaissies, squirrheuses, dans une étendue variable; son canal, rétréci, est quelquefois oblitéré; enfin on rencontre, dans quelques cas, à sa surface interne, une ulcération fongueuse offrant tous les caractères des ulcérations cancéreuses. Ces désordres sont quelquefois accompagnés du cancer de l'estomac, du foie ou d'autres organes de l'abdomen; des adhérences existent parfois entre quelques unes de ces parties, et l'on voit même, dans quelques cas, une communication établie entre l'estomac et le colon, par exemple, par un ulcère plus ou moins large.

C'est par les mêmes moyens que nous venons de conseiller contre le cancer de l'estomac qu'il faut combattre celui des intestins; quelques légères différences seulement dans la manière de les employer résultent de la différence du siége de la maladie. Ainsi, la plupart des médicamens calmans, narcotiques, etc., peuvent être administrés en lavemens; on y trouve le double avantage de ne pas fatiguer l'estomac de drogues qui souvent lui répugnent et contribuent presque toujours à troubler les digestions, et de porter ces médicamens sur le mal lui même, lorsque surtout il a son siége dans le colon, ce qui est le plus ordinaire. En second lieu, on peut plus facilement nourrir les malades que quand le squirrhe occupe l'estomac, et l'on doit par conséquent espérer de prolonger beaucoup plus long-temps leur existence. Les applications de sangsues à l'anus sont en général très-utiles, surtout dans les commencemens de la maladie; on doit éviter avec le plus grand soin les alimens venteux, qui augmenteraient un des symptômes les plus incommodes de la maladie, l'accumulation des gaz.

### Du squirrhe et du cancer du rectum.

Le cancer du rectum est souvent le résultat de l'extension de la dégénérescence cancéreuse de quelque organe voisin à cet intestin; c'est ainsi que les cancers utérins chez la femme, et ceux de la vessie ou de la prostate chez l'homme, l'envahissent quelquefois. Dans ces cas, les symptômes qui dépendent de l'affection de l'intestin se confondent presque toujours avec ceux de la dégénération des organes primitivement affectés, et ce n'est souvent que quand on voit les matières fécales sortir par le vagin ou par l'urèthre que l'on reconnaît la part que le rectum prend à l'affection principale.

Le cancer primitif du rectum reconnaît en général les causes qui ont été assignées au rétrécissement chronique de cet organe, et il s'annonce par les mêmes symptômes (voyez *Rétrécissemens*). Le toucher et la vue, quand on peut placer un spéculum, peuvent seuls le faire distinguer des autres causes de rétrécissement. Il est rare que, par suite de ses progrès, il s'ouvre dans le vagin ou dans la vessie, parce que les malades périssent en général trop promptement des suites de l'obstacle qu'il apporte à la défécation.

Il y a peu de temps encore, on ne regardait cette maladie comme curable que quand elle ne consistait qu'en un petit tubercule placé au pourtour de l'anus; on peut en effet enlever ce tubercule en faisant une opération analogue à celle que l'on faisait autrefois pour emporter les callosités dans l'opération de la fistule à l'anus, par la méthode de l'excision. Mais les progrès de la chirurgie moderne ont apporté une nouvelle et précieuse ressource contre ce mal, lors même qu'il envahit toute la périphérie de l'extrémité inférieure de l'intestin, et qu'il remonte à une assez grande hauteur: cette ressource c'est l'excision de toute la partie dégénérée. Déjà pratiquée par Faget pour remédier à une simple dénudation de l'intestin, elle n'a été opposée pour la première fois au cancer de cette partie, que par M. Lisfranc. Voici comment il procède à cette opération.

Le sujet est couché sur le côté, les deux cuisses fortement fléchies sur le tronc et écartées par un oreiller, le siége saillant sur un des bords du lit, qui a été préalablement garni d'alèzes; les fesses sont maintenues écartées, (la position requise pour l'opération de la taille serait meilleure). S'il s'agit d'une femme, un aide exercé introduit un ou deux doigts dans le vagin, afin d'avertir l'opérateur du danger que pourrait courir ce canal pendant l'opération; s'il s'agit d'un homme, on place pré-

lablement une sonde dans ce conduit, afin que le chirurgien puisse toujours reconnaître, par le toucher, jusqu'à quel point il s'en rapproche. Cela fait, l'opérateur, armé d'un bistouri droit, circonscrit l'anus au moyen de deux incisions semi elliptiques qui se regardent par leur concavité, et qui divisent la peau au-delà des limites du mal en largeur et en longueur ; il pénètre dans le tissu cellulaire, et isole de toutes parts le sphincter anal; le doigt indicateur de la main gauche est alors introduit dans le rectum jusqu'au-delà de l'engorgement, et agissant comme une sorte de crochet, il abaisse toute la masse que l'on retranche ensuite à l'aide de forts ciseaux courbés sur leur plat.

Dans le cas où la masse ou les adhérences du mal apportent quelque obstacle à l'exécution de l'opération, M. Lisfranc la facilite en fendant en arrière le sphincter et la partie inférieure de l'intestin jusqu'au coccyx, pour saisir ensuite isolément les deux lambeaux. On lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, pour ne pas s'exposer à les voir se rétracter et se perdre profondément dans le tissu cellulaire, où on ne les trouverait plus ensuite. Le pansement consiste d'abord dans l'application d'un linge fenêtré et enduit de cérat, de charpie et de compresses, soutenues par un bandage en T. Quand la suppuration est établie, on prévient le rétrécissement du rectum par l'usage des mèches. Au rapport de M. Pinault, sur neuf malades opérés par M. Lisfranc, cinq avaient complètement guéri, un ne présentait qu'un succès douteux, et trois seulement étaient morts d'inflammation et de suppuration du tissu cellulaire du bassin, et probablement de la phlébite. Nous ajouterons que, de même que le malade opéré par Faget, aucun d'eux n'est resté privé de la faculté de retenir ses matières fécales.

### Du squirrhe et du cancer du tissu cellulaire abdominal.

Il se développe quelquefois des masses cancéreuses dans le tissu cellulaire de l'abdomen, souvent par l'extension d'un cancer du testicule, de l'utérus, de l'estomac, du foie, du rein, etc., mais quelquefois aussi primitivement. Ces tumeurs, variables en grosseur depuis celle d'un pois jusqu'à celle du poing, ne donnent souvent lieu pendant très-long-temps à aucun phénomène morbide appréciable. Ce n'est fréquemment que lorsqu'elles ont acquis un certain volume, et que la maigreur permet de les toucher à travers les tégumens, qu'on est averti de leur présence. Tôt ou tard cependant elles influent sur la nutrition; elle donnent à la peau cette teinte jaune paille dont nous avons déjà parlé; elles deviennent quelquefois le siége de douleurs lancinantes; elles se ramollissent, s'ulcèrent; en un mot, elles suivent la marche de toutes les affections de même nature. On ne peut cependant que rarement porter un jugement précis sur leur nature; cela n'est guère possible que dans les cas où il existe en même temps des tumeurs cancéreuses à l'extérieur. Mais cette incertitude sur leur diagnostic est sans inconvénient; car on ne doit rien espérer de l'emploi des moyens thérapeutiques dans une maladie déjà très-difficile à guérir lorsqu'elle occupe des parties inaccessibles pour ainsi dire, à l'action soit directe, soit indirecte, de ces moyens, comme le sont les tumeurs squirrheuses du tissu cellulaire de l'abdomen.

### Du squirrhe et du cancer du foie.

Bayle et M. Cayol ont les premiers décrit le cancer du foie (1); jusqu'à eux, cette maladie avait été confondue avec toutes les maladies chroniques du foie, sous le nom vague d'*obstructions*. C'est une des plus fréquentes des affections cancéreuses; elle accompagne très-souvent le cancer de l'estomac.

*Causes*. Les coups et les chutes sur la région du foie sont les causes les plus fréquentes du développement du squirrhe dans son tissu. Cette affection s'y développe souvent aussi sous l'influence des phlegmasies chroniques, du cancer et de l'ulcération de la région pylorique de l'estomac. Enfin, dans quelques cas, on la voit survenir sans cause bien appréciable. Quand le cancer existe en même temps dans l'estomac et dans le foie, il est souvent difficile de savoir par lequel des deux organes la désorganisation a commencé. On ne l'a pas encore observé sur des sujets âgés de moins de vingt-cinq ans.

*Symptômes*, *marche*, etc. Le début du cancer du foie est en général très-obscur, comme l'est au reste celui de presque toutes les affections cancéreuses. Quelques malaises insignifians, de légers troubles dans l'exercice des fonctions digestives, sont, pendant long-temps, les uniques symptômes qui se manifestent. Ils consistent dans des diarrhées bilieuses, revenant de temps à autre, et se dissipant d'elles-mêmes et assez rapidement; des lassitudes spontanées, des démangeaisons par tout le corps sans la présence d'aucun bouton, des vents, l'amertume de la bouche, de la tristesse et de l'ennui sans motifs, etc. Aucun de ces symptômes n'est, comme on le voit, caractéristique : leur réunion peut bien faire soupçonner l'existence d'une maladie du foie, mais elle n'apprend rien sur sa nature.

Au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois dès l'invasion des premiers phénomènes morbides, des douleurs vives, rapides, peu durables, se font sentir dans l'hypochondre droit; elles disparaissent pendant des mois entiers d'abord, puis elles reviennent à des intervalles de plus en plus rapprochés, et sont bientôt réveillées par tous les écarts de régime, par les spiritueux surtout, et par toutes les secousses un peu violentes imprimées au corps. On ne peut plus douter alors que le foie ne soit malade; mais la nature cancéreuse de son altération n'est encore que probable et nullement démontrée. Jusqu'ici, la santé ne paraît pas encore altérée, et les malades s'occupent fort peu en général de ces premiers accidens.

Mais à mesure que les douleurs se rapprochent, la peau commence à prendre une légère teinte ictérique; cette teinte est souvent bornée aux ailes du nez, aux lèvres, et quelquefois aux seules conjonctives; l'embonpoint ne tarde pas à diminuer

(1) *Dictionnaire et article déjà cités.*

l'hypochondre droit est soulevé, plus saillant que le gauche, quelquefois sensible à la pression, et il devient le siége d'un malaise continuel et indéfinissable; de légères coliques, accompagnées de borborygmes et de vents, se font sentir par intervalles; les digestions deviennent longues et pénibles; l'appétit diminue, et quelques vomissemens de mucosités filantes se montrent de temps à autre. Si l'on palpe alors la région du foie, on sent distinctement que cet organe dépasse le rebord des dernières côtes, et souvent on distingue à sa surface des bosselures plus ou moins saillantes; ces bosselures, qu'on retrouve dans la plupart des affections chroniques du foie, ont, dans le cancer de cet organe, un caractère qui leur est propre, signalé pour la première fois par Bayle et M. Cayol, c'est d'être déprimées à leur surface en forme de godet. D'après ces habiles observateurs, cette dépression ne laisse aucun doute sur la nature cancéreuse de la maladie.

Cependant les digestions se troublent de plus en plus; les douleurs sont continuelles, mais elles sont rarement lancinantes; elles se font sentir jusque dans le dos, et souvent dans l'épaule droite; la respiration est gênée quand le malade se couche sur le côté gauche, parce que, dans cette position, le foie, augmenté de volume, refoule le diaphragme, et diminue la capacité du côté droit du thorax; la maigreur va chaque jour en augmentant; l'ictère se prononce davantage, et les matières fécales non colorées par la bile sont grisâtres ou presque blanches; s'il n'y a pas d'ictère, au contraire, elles sont noirâtres; le malade est habituellement constipé; les urines sont jaunes, épaisses et comme huileuses; bientôt le ventre se remplit d'eau, les jambes s'infiltrent, puis les cuisses; et les malades succombent dans le dernier degré de marasme.

De tous les symptômes que nous venons de tracer, il n'en est que deux qui soient vraiment pathognomoniques des affections cancéreuses du foie: c'est l'augmentation du volume de l'organe et les bosselures déprimées en godet qu'on trouve à sa surface. Aucun des autres signes n'est constant; les douleurs elles-mêmes manquent quelquefois complètement. (Bayle et Cayol.)

Il est rare que le cancer du foie existe seul; il est le plus ordinairement compliqué avec celui de l'estomac, et l'on conçoit assez quelle combinaison de symptômes il en peut résulter, sans que nous nous arrêtions à les décrire. La marche de cette affection est lente comme celle de toutes les autres maladies chroniques du même organe: elle dure souvent plusieurs années; cependant elle est plus rapidement funeste que les tubercules, et surtout que les hydatides. Les malades succombent presque toujours avant que les masses squirrheuses se ramollissent; quelquefois cependant ce ramollissement a le temps de s'opérer; il en résulte un ou plusieurs foyers purulens, dont les parois contractent des adhérences avec les organes environnans, et qui s'ouvrent, soit à l'extérieur, soit dans l'estomac, dans le colon, dans la cavité du péritoine, etc. On ne peut espérer la guérison de cette maladie que dans le cas d'un squirrhe unique, et lorsque cette masse s'étant ramollie, le produit de sa fonte s'est fait jour au dehors par les parois de l'abdomen ou par l'anus.

*Caractères anatomiques.* On trouve, à l'ouverture des cadavres, le foie augmenté de volume, doublé et quelquefois même triplé en grosseur et en étendue; sa surface est surmontée de bosselures arrondies, creusées en godet vers leur milieu; ces bosselures sont formées par les masses squirrheuses qui existent en plus ou moins grand nombre dans son parenchyme. Ces tumeurs sont de grosseur variable, depuis celle d'un pois jusqu'à celle du poing; on trouve souvent le tissu du foie parfaitement sain autour d'elles; quelquefois aussi il est évidemment enflammé; tantôt on les voit se confondre complètement avec le parenchyme de cet organe, et tantôt elles paraissent ne communiquer avec lui que par quelques vaisseaux; elles sont colorées par la bile, s'il y a eu ictère pendant la vie; dans le cas contraire, elles sont blanches ou peu jaunes. Le tissu squirrheux y est très-souvent uni à la matière tuberculeuse, et il est fréquemment lui-même en partie converti en matière encéphaloïde; toutes ces matières sont parfois ramollies, et alors il n'est plus possible de les distinguer les unes des autres.

*Traitement.* Le traitement de l'hépatite chronique est le seul auquel on doive avoir recours dans les commencemens de la maladie. Deux motifs font une loi de ce précepte: l'un, c'est que le cancer du foie est souvent l'effet de l'inflammation chronique de cet organe; l'autre, c'est qu'au début de l'affection, et long-temps encore après, les symptômes ne peuvent faire diagnostiquer qu'une hépatite. Nous renvoyons par conséquent à cette maladie. Mais lorsque l'on ne peut plus conserver de doute sur l'existence des masses squirrheuses dans le foie, ce traitement, comme tout autre, devient inutile, et l'on doit se borner à l'emploi d'un régime adoucissant, et aux narcotiques, aux calmans, que nous avons conseillés contre le cancer confirmé de l'estomac. On pourrait peut-être retirer quelques avantages des révulsifs extérieurs si l'on reconnaissait de bonne heure la maladie.

### Du squirrhe et du cancer du pancréas.

Le squirrhe du pancréas est très-rare. On rencontre souvent, dans les cadavres des individus qui succombent au cancer de l'estomac ou à celui du foie, le pancréas entouré de toutes parts de masses cancéreuses développées dans le tissu cellulaire environnant; mais cet organe est presque toujours conservé sain au milieu de cette désorganisation. Dans des cas très rares seulement, il participe à l'altération cancéreuse des organes voisins; et dans quelques cas, plus rares encore, il est seul frappé de cette désorganisation. Excepté les cas dans lesquels le cancer se propage par continuité de l'estomac ou du foie au pancréas, on ignore les causes qui font naître cette altération dans son tissu. Les caractères anatomiques du squirrhe du pancréas n'offrent rien de particulier; on ne connaît pas de signes propres à le faire distinguer pendant la vie, et l'on parviendrait à en découvrir un jour, qu'il n'en résulterait probablement aucun avantage pour les malades, toutes les

ressources de l'art devant nécessairement échouer contre cette maladie.

Du squirrhe et du cancer de la rate

La rate contient quelquefois des tumeurs cancéreuses développées dans son tissu; M. Andral en rapporte un exemple dans sa *Clinique médicale* (1). Cette désorganisation est très-rare, du moins à Paris; car il est probable qu'on l'observe plus fréquemment dans les pays marécageux, où règnent habituellement des irritations intermittentes. On sait en effet que des engorgemens chroniques de la rate sont très-souvent produits par le frisson des accès, et il doit arriver plus d'une fois que ces engorgemens prennent avec le temps le caractère squirrheux. Quoi qu'il en soit, il n'existe pas de symptômes connus qui puissent permettre de reconnaître cette maladie sur le vivant; nous bornerons donc son histoire à ce peu de mots.

Du squirrhe et du cancer du rein.

Comme les précédentes, cette désorganisation ne peut pas être reconnue pendant la vie. Quelques hématuries, des douleurs plus ou moins vives dans la région d'un rein, le développement et l'induration de cet organe, apprennent bien qu'il est le siége d'une altération morbide, mais ces symptômes ne peuvent pas en faire apprécier la nature. Les causes de cette désorganisation sont toutes celles que nous avons assignées à la néphrite : l'abus de la bière, du thé, et de toutes les boissons diurétiques, l'usage des viandes noires, des spiritueux, etc., sont les principales. Elle est très-rare; il ne faut pas toutefois juger de son degré de fréquence par le très-petit nombre d'observations qu'on en rencontre dans les hôpitaux; car, de même que la néphrite et la gravelle, elle doit être beaucoup plus commune chez les gens riches que chez les pauvres. A l'ouverture des cadavres, on trouve tantôt la substance même du rein entièrement dégénérée en matière squirrheuse, et tantôt des tumeurs squirrheuses disséminées dans son parenchyme; le tissu cellulaire ordinairement très-abondant, qui entoure l'organe, participe souvent à la désorganisation. L'impossibilité de diagnostiquer la maladie s'oppose à ce qu'on puisse lui appliquer le traitement convenable, et force à s'en tenir à celui de la néphrite chronique. Mais, parvint-on à la reconnaître, que pourrait-on se promettre de l'emploi des moyens dits anti-cancéreux? Peu de chose, sans doute; et cependant, n'eût-on que l'espoir de soulager un peu le malade et de prolonger son existence de quelques mois, et même de quelques jours, il faudrait les employer. Nous avons fait connaître ces moyens en parlant du cancer en général.

Du squirrhe et du cancer de la vessie.

Le plus ordinairement le squirrhe et le cancer de la vessie sont le résultat de l'extension à cet organe de la dégénération des tumeurs fongueuses qui naissent de sa surface interne, ou des cancers utérins; et les symptômes par lesquels ils pourraient s'annoncer se confondent avec ceux de ces maladies. Dans le dernier cas, celui dans lequel le mal s'est propagé de l'utérus à la vessie, l'affection est bornée au bas-fond de l'organe, et elle finit par amener une communication entre lui et le vagin, par suite de laquelle l'urine s'écoule involontairement par la vulve.

M. Dupuytren a rencontré sur le cadavre d'une femme qui avait succombé à la suite d'une cystite, entre les altérations propres à cette inflammation, une tumeur cancéreuse, bosselée, du volume d'un œuf de dinde, et fixée aux parois de la vessie par un pédicule étroit. Rien n'avait pu faire soupçonner l'existence de cette tumeur pendant la vie, pas même l'exploration de l'organe par la sonde (1).

Lorsque le squirrhe de la vessie est primitif, les accidens qu'il provoque sont ceux de la cystite chronique exprimés au plus haut degré, et accompagnés de symptômes propres à la diathèse cancéreuse; il y a une rétention d'urine invincible; l'urine que l'on évacue par le cathétérisme est fétide et ichoreuse; l'extrémité de la sonde fait reconnaître que la vessie est racornie, que ses parois sont dures, rugueuses, inégales, qu'elles saignent facilement. Mais tous ces symptômes appartiennent également à la cystite, et ce n'est qu'à la mort du sujet que l'on peut déterminer avec certitude la nature de l'affection.

Cette maladie est incurable.

Du squirrhe et du cancer de la prostate.

Les symptômes qui annoncent le squirrhe de la prostate se confondent tellement avec ceux de la prostatite chronique, qu'il est ordinairement impossible de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre.

Cependant on a lieu de soupçonner l'existence du squirrhe lorsque la maladie existe depuis longtemps chez un vieillard, que le doigt introduit dans le rectum fait reconnaître que la prostate est devenue le siége d'un engorgement considérable, inégal et dur, et que surtout le malade présente quelques uns des symptômes généraux qui caractérisent la diathèse cancéreuse.

Le squirrhe de la prostate passe rarement à l'état de cancer ulcéré, parce que les malades périssent ordinairement des accidens déterminés par la rétention d'urine. Cette maladie est incurable et ne réclame qu'un traitement palliatif. (Voyez *Prostatite*.)

Du squirrhe et du cancer de la verge.

Outre les causes générales propres aux maladies cancéreuses, le cancer de la verge en reconnaît quelques unes qui paraissent lui être propres. C'est ainsi, par exemple, qu'il succède souvent à des chancres vénériens irrités par des pansemens peu méthodiques; on croit en outre avoir observé que

(1) Tome IV, pag. 274 et suivantes.

(1) *Lancette française*, tom. I, n° 1.

les personnes affectées de phymosis y sont plus exposées que les autres, probablement à cause de l'irritation permanente que le gland éprouve par le séjour continuel et l'altération de la matière sébacée au dessous du prépuce.

*Symptômes*, *marche*, etc. Quand le cancer de la verge succède à un ulcère syphilitique, on voit celui-ci devenir rouge, saignant, douloureux, sa base se durcir, ses bords se renverser, peu à peu sa surface présenter les caractères de l'ulcération carcinomateuse, qui s'étend rapidement au reste du gland, et de là à toute la verge.

Quand il naît spontanément, il commence soit par une sorte de verrue, soit par un tubercule dur et violacé, qui n'est d'abord douloureux que pendant le coït, mais qui devient bientôt le siége de douleurs lancinantes, symptômes précurseurs de l'ulcération qui se fait à son sommet et de là envahit de proche en proche les parties voisines. Dans d'autres cas, l'induration squirrheuse compromet tout le gland et une partie de la verge, et quelquefois même l'engorgement est tel, qu'il comprime l'urèthre au point de gêner l'émission de l'urine, long-temps avant de s'ulcérer; quoi qu'il en soit, à une époque plus ou moins éloignée son tissu s'entr'ouvre, et le cancer ulcéré s'établit. De quelque manière que la maladie ait débuté, celui-ci forme bientôt un champignon cancéreux, dans lequel le gland se trouve confondu, et qui gagne de proche en proche la partie postérieure du pénis. Des hémorrhagies fréquentes et copieuses se manifestent, les ganglions lymphatiques de l'aine s'engorgent, la diathèse cancéreuse s'établit, et les malades succombent.

D'après ce qui vient d'être dit, le cancer de la verge commence par le gland, et de là s'étend au reste du pénis. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi; nous avons vu à l'Hôtel-Dieu un malade chez lequel la maladie avait commencé par le prépuce. Chez cet homme, l'extrémité du membre viril était surmontée d'un engorgement squirrheux, adhérent, oval, ulcéré à son sommet, et percé à son centre d'une ouverture par laquelle sortait l'urine. On crut d'abord que cet engorgement était, comme cela a lieu ordinairement, formé par le gland dégénéré, et l'on se disposait en conséquence à pratiquer l'amputation du pénis, lorsqu'une ouverture s'étant faite spontanément aux tégumens, le gland, parfaitement sain, apparut à l'extérieur, de sorte que cet individu paraissait avoir deux glands, dont l'un, cancéreux, était dans sa situation normale, tandis que l'autre, sain, était dévié de cette direction. M. Dupuytren reconnut bientôt l'erreur inévitable dans laquelle on était d'abord tombé, et substitua l'opération de la circoncision à l'amputation de la verge, qu'il voulait d'abord faire.

*Traitement.* Le cancer de la verge confirmé, c'est-à-dire celui qui a résisté au traitement général de ce genre de maladie, ne peut être guéri que par l'ablation du mal. La section doit nécessairement porter sur une partie saine de la verge. Les conditions les plus favorables au succès de l'opération sont que la maladie ait peu d'étendue, et que les ganglions lymphatiques de l'aine ne soient point engorgés. On a cependant vu guérir complètement des malades chez lesquels, outre l'amputation de la verge, on avait fait l'extirpation des ganglions inguinaux infectés; mais ces cas sont fort rares, et le plus souvent lorsque le cancer a envahi une grande partie de la longueur du membre viril, la maladie repullule, lors même qu'il n'existait au moment de l'opération aucune trace d'engorgement au pli de la cuisse.

On trouve dans les observations anatomico-chirurgicales de Ruysch, l'histoire d'un paysan à qui, après avoir passé une sonde dans l'urèthre, on lia la verge assez fort pour en déterminer la gangrène. Le cinquième jour, on retrancha tout ce qui était mort, sans qu'il survînt d'hémorrhagie, et cet homme se trouva ainsi débarrassé d'un cancer qu'il portait. La crainte de l'hémorrhagie a sans doute porté Heister, Bertrandi et d'autres, à préconiser cette méthode maintenant abandonnée. Aujourd'hui on lui préfère l'amputation, plus prompte, plus sûre et moins douloureuse; mais il n'y a pas long-temps encore qu'après l'avoir pratiquée, on arrêtait l'effusion du sang au moyen du cautère actuel. Voici le procédé usité par les chirurgiens de nos jours.

Le malade étant couché et rapproché d'un des bords de son lit, le chirurgien saisit d'une main l'extrémité de la verge enveloppée d'un linge, et, contradictoirement au précepte général de conserver le plus de peau possible dans les amputations des membres, il attire les tégumens de la racine vers l'extrémité du pénis, afin de les emporter dans une étendue telle, que la plaie ne puisse aucunement en être recouverte. Il en agit ainsi pour éviter que, par l'effet de rétraction des corps caverneux, la peau devenue trop longue ne forme une espèce de prépuce, qui masquerait les vaisseaux et empêcherait de les lier convenablement, et qui gênerait, après la guérison, l'émission de l'urine. Toutefois, lorsque l'on doit couper la verge près de la racine, il faut, pour éviter que la peau des bourses ne suive le mouvement de celle du pénis, et ne vienne se présenter à l'instrument, ce qui donnerait à la plaie une beaucoup plus grande étendue, il faut, disons-nous, qu'un aide la retienne en arrière, en saisissant la verge à sa base.

Ces dispositions étant prises, le chirurgien saisissant de la main droite un long bistouri droit, tronque la verge d'un seul coup à quelques lignes en arrière du siége du mal. On procède incontinent à la ligature des vaisseaux, qui sont en général au nombre de six au moins, savoir : les deux artères qui rampent le long de la cloison des corps caverneux, les deux artères dorsales de la verge, et deux artérioles qui marchent le long du canal de l'urèthre : à celles-ci s'en joignent très-souvent deux ou quatre autres, qui sont tégumenteuses. On coupe tous les fils près de la plaie; on place ensuite une sonde de gomme élastique dans le canal de l'urèthre, et l'on procède au pansement. Ce pansement se fait avec un peu de charpie fine, dont on recouvre la solution de continuité, et par dessus laquelle on place en travers quelques compresses longuettes qui passent au-dessus et au-dessous de la sonde; on maintient l'appareil au moyen d'un bandage en T, double, par dessus les chefs duquel on renverse de chaque côté les chefs des

compresses qui le dépassent, et que l'on fixe avec des épingles. C'est encore à ce bandage que l'on attache les liens qui assujettissent la sonde.

On lève l'appareil au bout de quatre ou cinq jours, et l'on trouve que les corps caverneux, qui au moment de l'opération dépassaient le niveau de la peau, se sont affaissés et rétractés. Peu à peu ils reviennent complètement sur eux-mêmes, au point de se mettre au niveau de la section des tégumens, avec lesquels ils se cicatrisent; on ne doit retirer la sonde que lorsque la plaie est guérie, parce qu'il serait à craindre que l'orifice de l'urèthre tronqué se rétrécît, si on la retirait auparavant.

Lorsque le moignon de la verge conserve quelque longueur, les malades peuvent après l'opération lancer au loin l'urine comme auparavant; mais quand le pénis a été retranché près de sa racine, ils perdent cette faculté, et sont obligés pour uriner de s'accroupir comme les femmes; on remédie à cet inconvénient au moyen d'une canule conique en bois ou en ivoire, dont ils appliquent la base près du pubis, et qui conduit l'urine à la distance convenable.

### Du squirrhe et du cancer du testicule et du cordon spermatique, ou *sarcocèle.*

C'est surtout chez les adultes et chez les vieillards que l'on remarque cette affection; elle n'attaque ordinairement qu'un des testicules. Les causes qui la produisent sont toutes celles de la didymite chronique, à laquelle elle succède presque toujours, et dont elle revêt par conséquent d'abord les caractères. Quelquefois cependant elle commence par le cordon, qui s'engorge, devient douloureux, et dont l'affection se propage ensuite de proche en proche jusqu'au testicule; mais ce cas est rare.

Le sarcocèle, proprement dit, commence par l'épididyme, ou par le corps même du testicule; ce dernier cas est le plus commun. On voit alors cet organe augmenter peu à peu de consistance et de volume; il conserve d'abord sa forme ovoïde; mais il est pesant, et tiraille par son poids le cordon testiculaire, le long duquel le malade ressent des douleurs vives qui s'étendent jusqu'à la région lombaire. Bientôt l'engorgement s'étend à l'épididyme, qui se trouve confondu avec la tumeur. Celle-ci perd enfin sa forme ovoïde; sa surface devient inégale, bosselée; son volume augmente de plus en plus; aux douleurs dépendantes du tiraillement qu'elle exerce par son poids sur le cordon testiculaire, se joignent des douleurs lancinantes, aiguës, que le malade compare à la sensation que produirait une aiguille acérée en traversant rapidement le testicule; les veines sous-cutanées deviennent variqueuses, la peau s'amincit, adhère vers les points où la tumeur présente des bosselures, s'enflamme, et devient le siége d'un ulcère qui présente bientôt tous les caractères de la dégénération carcinomateuse. A cette époque, et souvent bien avant, le cordon testiculaire s'engorge, devient cancéreux, soit dans toute sa longueur, soit en partie, près du testicule, ou dans l'abdomen, le reste de sa longueur restant sain. Enfin, les accidens de consomption surviennent, et le malade périt, en présentant tous les symptômes de la diathèse cancéreuse.

Le cordon spermatique participe souvent, avons-nous dit, à la maladie du testicule. On reconnaît que l'engorgement dont il est affecté est de nature squirrheuse, à sa dureté, aux nodosités qu'il présente, à son immobilité dans l'anneau, aux douleurs dont il est le siége, et à sa sensibilité au toucher. Il importe de bien distinguer cet état des engorgemens d'autre nature, pour se guider dans le choix des moyens thérapeutiques, et surtout pour savoir si l'on doit ou non comprendre le cordon dans l'opération que réclame la désorganisation du testicule. Voici donc à quels signes on distingue les autres engorgemens. On reconnaît le simple œdème du cordon, à son empâtement, à son insensibilité, à son indolence, et à l'absence des nodosités dures qui accompagnent le squirrhe; on juge que l'engorgement est variqueux, à la mollesse et à la compressibilité des vaisseaux dilatés, et à la liberté du cordon dans l'anneau; enfin, nul doute que la tuméfaction ne soit dépendante d'une accumulation de sérosité dans un sac étendu le long du cordon testiculaire, ainsi que Pott l'a vu deux fois, lorsque cette tumeur est fluctuante et transparente.

La marche du sarcocèle est très-variable; ordinairement elle est fort lente, quelquefois même on voit l'engorgement cesser de faire des progrès, et rester ainsi stationnaire pendant plusieurs années. D'autres fois, au contraire, la marche de la maladie est des plus rapides, et quelques mois suffisent pour la conduire de son début à l'état d'un ulcère carcinomateux des plus effrayans.

Tels sont les caractères du sarcocèle simple; mais il arrive assez souvent qu'il est compliqué d'hydropisie de la tunique vaginale. (*Hydro-sarcocèle* ou *sarco-hydrocèle.*) Les symptômes de cette dernière maladie se joignent alors à ceux du sarcocèle, et quelquefois même ils les masquent au point d'en rendre le diagnostic très-difficile (voyez *Hydrocèle*). D'autres maladies peuvent être toutefois plus facilement confondues avec le sarcocèle. Tels sont, par exemple, les engorgemens scrofuleux et vénériens de l'organe. L'examen attentif de la constitution du sujet, et la circonstance des maladies syphilitiques essuyées par lui antérieurement, peuvent conduire à la vérité; mais il faut convenir que dans beaucoup de cas ce n'est qu'après avoir mis en usage les antisyphilitiques ou le traitement antiscrofuleux, que l'on peut prononcer avec quelque certitude sur le véritable caractère du mal.

Le pronostic et les caractères anatomiques du sarcocèle sont ceux de toutes les affections cancéreuses.

*Traitement.* On ne peut prévenir les fâcheux effets du sarcocèle que par l'opération de la castration; mais avant que de faire cette opération, il faut examiner si elle est indiquée et si elle est possible; d'une part, afin de ne la pas faire inutilement, et d'autre part, afin qu'elle soit couronnée de succès. Pour que l'opération soit indiquée, il faut que la maladie soit véritablement un cancer. Ce ne sera donc qu'après avoir employé inutile-

ment et avec persévérance, suivant les cas, les applications réitérées de sangsues, et les émolliens, aidés des dérivatifs sur le canal intestinal, ou le traitement antiscrofuleux, ou un traitement dit *fondant*, ou enfin un traitement antisyphilitique bien administré, que l'on devra se décider à pratiquer l'opération. On ne saurait croire combien d'individus affectés de prétendus sarcocèles sont guéris sans opération par l'un des traitemens dont il vient d'être parlé, et surtout par le premier. Cette remarque, faite par plusieurs chirurgiens, et notamment par M. Gama, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce de Paris, n'a pas échappé à M. Dupuytren, qui guérit tous les ans un bon nombre de maladies réputées *sarcocèles*, par l'un des traitemens indiqués, et qui ne se décide jamais à pratiquer l'opération qu'après l'avoir administré sans fruit.

Il est aussi de la plus haute importance de ne pratiquer l'opération que quand on en peut espérer un succès durable. On doit, pour des raisons qu'il est facile de sentir, s'en abstenir toutes les fois qu'il existe des symptômes de diathèse cancéreuse générale, et toutes les fois qu'on trouve dans l'abdomen, que l'on doit palper avec soin, des engorgemens sur le trajet du cordon testiculaire ou ailleurs. Il faut encore s'abstenir d'opérer quand le cordon lui-même est affecté de manière qu'il ne reste au-dessus du lieu où il est engorgé aucun point où il soit parfaitement sain, et sur lequel on puisse opérer la section qui doit séparer les parties malades de celles qui ne le sont pas. Enfin, M. Boyer a observé que, même dans les cas où le cordon testiculaire a conservé son volume, l'engorgement et la tuméfaction du canal déférent étaient presque toujours suivis de la récidive de la maladie après l'ablation du mal. Lorsque l'on coupe alors le cordon, on voit sortir de celui-ci une matière blanchâtre d'un mauvais augure pour les suites de l'opération. Toutefois l'engorgement du conduit déférent n'est point une contre-indication précise à l'opération de la castration.

L'appareil nécessaire pour exécuter la castration se compose d'un bistouri convexe, d'un bistouri droit, de pinces à ligatures, de fils cirés de plusieurs grosseurs, d'aiguilles courbes, d'éponges et d'eau tiède; un linge fin fenêtré enduit de cérat, de la charpie fine, quelques compresses longuettes, et une bande large de trois doigts et longue de cinq à six aunes, composent l'appareil de pansement.

Ces préparatifs étant terminés, et la partie étant rasée, on fait coucher le malade sur le côté droit d'un lit, ou d'une table garnie d'un matelas, et le chirurgien, placé à la droite du malade, quel que soit le côté affecté, procède à l'opération.

Il y a beaucoup de manières de procéder aux divers temps de l'extirpation du sarcocèle; nous n'en pouvons indiquer que les principales. La plupart des chirurgiens commencent par faire aux tégumens, soulevés ou non par un pli, une incision qui, partant d'un demi-pouce au-dessus de l'anneau inguinal, descend, en suivant la direction du cordon testiculaire, jusqu'à la tumeur. Si les tégumens sont sains et peu distendus, ils prolongent du même coup cette incision jusqu'à la partie inférieure du scrotum; si la peau est au contraire altérée ou si elle est très-étendue, l'incision, arrivée à la partie supérieure de la tumeur, est transformée en deux incisions courbes qui se regardent par leur concavité, et circonscrivent dans une ellipse une portion de tégumens altérés ou amincis, et qui, après l'opération, deviendraient exubérans. Ils dissèquent alors péniblement la tumeur, et, après l'avoir isolée, ils procèdent à la section du cordon, quand le testicule n'est plus attaché que par lui.

Pour cela, la plupart embrassent le cordon par une forte ligature, et le coupent ensuite; mais comme on a observé que cette ligature générale donnait lieu à beaucoup de douleur, et provoquait souvent ensuite des inflammations du tissu cellulaire de la fosse iliaque, ou des accidens nerveux presque toujours graves, on ne s'en sert que comme d'un moyen de fixer le cordon et d'empêcher qu'il ne rentre dans l'abdomen par l'effet de sa rétraction spontanée, et on coupe la ligature générale après avoir lié isolément toutes les artères renfermées dans son épaisseur; quelquefois même, pour rendre la section de cette ligature plus facile, on interpose entre elle et lui un rouleau de linge ou de sparadrap sur lequel on la serre, et sur lequel on peut ensuite couper. D'autres font saisir le cordon par un aide entre le pouce et le doigt indicateur, le coupent, et saisissent successivement pour les lier, les orifices béans des vaisseaux divisés, avant de permettre à l'aide de lâcher le moignon du cordon testiculaire. D'autres enfin coupent le cordon couche par couche, en le soulevant sur leur doigt, et lient à mesure les vaisseaux qu'ils divisent.

Toutes ces modifications, dans la manière de couper le cordon, ont été imaginées dans la crainte de le voir se retirer brusquement dans l'abdomen avant qu'on ait pu lier les vaisseaux coupés, et occasioner ainsi une hémorrhagie qui deviendrait presque nécessairement mortelle par l'impossibilité où l'on se trouverait d'y remédier directement. Mais s'il est vrai que, chez quelques sujets, les contractions du muscle crémaster sont très-fortes, il est vrai aussi que, chez tous, un aide intelligent peut toujours maintenir le cordon coupé tout le temps nécessaire à la recherche et à la ligature des vaisseaux qu'il contient dans son épaisseur, et que par conséquent la ligature générale provisoire est inutile. Les cas dans lesquels il faut couper le cordon si haut qu'il n'en resterait en dehors de l'anneau qu'une partie difficile à saisir, forment seuls exception à cette règle; mais même dans ces cas, et à bien plus forte raison dans les autres, il suffit, suivant le conseil qu'en a, nous croyons, donné M. Roux, de couper d'abord en long, puis circulairement la tunique érythroïde, pour faire cesser toute tendance du cordon à se retirer, et pour couper les vaisseaux avec sûreté.

L'opération de la castration a reçu de M. Dupuytren des modifications importantes qui en ont fait une des opérations les plus promptes et les plus faciles. Voici quel est son procédé. La partie postérieure du scrotum est saisie à pleine main, soit par l'opérateur, soit par un aide qui tend for-

tement les tégumens sur la partie antérieure de la tumeur, en les tirant en arrière, en même temps qu'il pousse d'arrière en avant le testicule engorgé, comme pour le faire sortir à travers la peau; cela fait, on pratique, comme dans les autres procédés, soit une incision simple, qui s'étend depuis la partie supérieure de l'anneau jusqu'au bas du scrotum, soit une incision, qui, simple sur le cordon, devient elliptique sur la tumeur. Aussitôt que l'incision des tégumens et du tissu cellulaire sous-cutané est achevée, le testicule, obéissant au mouvement combiné qui attire les tégumens en arrière et qui le repousse en avant, sort de la plaie par une sorte d'*énucléation;* on le saisit alors; quelques coups de bistouri suffisent pour détacher ses adhérences postérieures et pour l'isoler entièrement: un aide saisit le cordon; on le coupe et on procède à l'application des ligatures, c'est-à-dire que l'on saisit et qu'on lie successivement, à la manière ordinaire, l'artère spermatique et quelques autres artères développées par la maladie, et parmi lesquelles il ne faut pas oublier une artériole placée ordinairement à la partie postérieure du cordon, le long du canal déférent, et qui est une source fréquente d'hémorrhagies consécutives lorsqu'on a négligé de la lier. Le procédé de M. Dupuytren évite aux malades les douleurs et les longueurs attachées à la dissection de la peau du scrotum, et il a encore sur les autres l'avantage de ne point exposer à blesser le canal de l'urèthre ou les corps caverneux, avec lesquels la tumeur se met en rapport presque immédiat quand elle acquiert un certain volume. C'est donc celui qui nous paraît préférable, et que nous employons dans notre pratique. Nous ne terminerons pourtant pas ce qui a trait à l'opération du sarcocèle, sans parler de deux procédés qui sont dus à deux chirurgiens distingués de notre époque.

Le premier est plutôt une tantive pour éviter l'opération de la castration, qu'un procédé pour la faire; il est dû à M. Maunoir de Genève, qui a pensé qu'il suffirait de lier l'artère spermatique, pour priver en quelque sorte la maladie d'aliment, et pour déterminer ainsi la résolution, ou tout au moins pour arrêter les progrès de la tumeur. Cette opération a été exécutée, mais elle n'a pas réussi.

Le second appartient à M. Aumont; il consiste à faire l'incision par laquelle on doit extraire le sarcocèle, sur la partie postérieure du scrotum, afin qu'après l'opération la plaie ait son fond en haut et son ouverture en bas, et que le séjour du pus dans le tissu cellulaire des bourses, qui a lieu quelquefois à la suite de l'opération ordinaire, soit par là rendu impossible. Mais en donnant à l'incision antérieure une étendue suffisante de haut en bas, on procure aux liquides un écoulement suffisant; on se réservera la facilité d'enlever, s'il est besoin, la peau qui recouvre la partie antérieure de la tumeur, et qui est toujours plus altérée et plus amincie de ce côté qu'en arrière; et l'on peut, de plus, découvrir le cordon lorsqu'il est lui-même altéré, beaucoup plus facilement qu'en suivant le procédé de M. Aumont.

Quelle que soit la manière dont on ait procédé, il faut, après l'opération, rechercher avec soin, pour les lier, tous les vaisseaux qui pourraient fournir du sang, en faisant surtout attention à ceux qui rampent du côté de l'adossement du dartos, et qui sont les plus volumineux et les plus nombreux; réunir les fils en un seul faisceau que l'on place dans l'angle supérieur de la plaie; rapprocher les lèvres de celle-ci au moyen de deux rouleaux de charpie que l'on place de chaque côté entre elles et la cuisse correspondante, et la recouvrir d'un linge fin fenêtré et enduit de cérat, par dessus lequel on place les compresses de manière à soutenir les bourses, et à prévenir les engorgemens qui pourraient s'y former si elles restaient pendantes, et maintenir tout l'appareil au moyen de la bande qui forme un spica de l'aine, dont les jets maintiennent les bords de la solution de continuité en contact. Quelques personnes réunissent la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives; mais outre qu'elles s'appliquent mal à la peau mobile du scrotum, et n'agissent que sur les lèvres de la solution de continuité, elles ont l'inconvénient de favoriser la tendance que ces lèvres ont à se rouler en dedans, de manière à ce que la peau se trouve en contact avec elle-même, ce qui apporte un retard très-grand dans la cicatrisation de la plaie. Les rouleaux de charpie, au contraire, en agissant sur le fond de la solution de continuité, refoulent ses bords en dehors, les affrontent l'un avec l'autre, et les maintiennent par conséquent dans la meilleure situation possible, pour que la réunion qui doit s'établir entre eux s'opère avec promptitude et facilité.

Dans les cas ordinaires, quand surtout l'incision du scrotum s'étend jusqu'à la partie inférieure de cette poche, de manière à ne laisser en bas aucune cavité dans laquelle les liquides fournis par la plaie puissent s'accumuler, une grande partie de celle-ci se réunit par adhésion immédiate; il ne faut pour cela qu'écarter les causes d'inflammation, et arroser l'appareil d'eau fraîche pendant les premiers temps. Au bout de douze ou quinze jours les ligatures tombent, et après trois semaines ou un mois, la cicatrice de la plaie est complète. Lorsque le cordon est sain, l'opération du sarcocèle est une de celles qui réussissent le mieux et qui sont le plus rarement suivies de la récidive du mal.

Il est inutile de dire que la complication d'une hydrocèle ne change rien au procédé opératoire.

Mais, dans quelques cas, le testicule dégénéré est immédiatement appliqué sur l'anneau inguinal; il faut alors le découvrir par une incision faite aux tégumens, et l'isoler par la dissection, jusqu'à ce qu'on ait mis le cordon en évidence; celui-ci ne donne dans ces cas, aucune prise aux doigts d'un aide, lors même que l'on débride l'anneau ou le canal inguinal, ce qu'on est quelquefois obligé de faire, pour le mettre à découvert. Il faut alors, ou bien le couper couche par couche, et lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, ou commencer par l'embrasser au moyen d'une ligature générale qui sert à le retenir jusqu'à ce que l'on ait lié isolément toutes les artères qu'il renferme, et que l'on coupe ensuite.

### De squirrhe et du cancer de l'ovaire.

L'ovaire est assez fréquemment affecté de

squirrhe, mais très-souvent on ne le soupçonne pas pendant la vie, et ce n'est que sur les cadavres qu'on découvre cette désorganisation: elle ne donne lieu en effet à aucun symptôme tant que le volume du squirrhe est peu considérable; et lorsqu'il est très-développé, il est encore souvent très-difficile de le distinguer des autres désorganisations de cette partie. Les causes de ce squirrhe paraissent être l'inflammation chronique de l'ovaire, celle des tissus environnans, et surtout celle de l'utérus, qui se propage presque toujours à cet organe; on pense aussi qu'il peut être produit par le coït immodéré, par les désirs non satisfaits, et par une conception avortée.

Dans les premiers temps de sa formation, rien, comme nous l'avons déjà dit, n'en révèle l'existence, à moins cependant qu'il ne succède à une ovarite aiguë passée à l'état chronique. A mesure qu'il fait des progrès et acquiert plus de volume, quelques symptômes apparaissent: d'abord ce sont des douleurs qui se font sentir de temps en temps dans un des côtés du bas-ventre, elles reviennent surtout aux approches des règles; plus tard il s'y joint un sentiment de pesanteur dans la même région, que la malade éprouve surtout lorsqu'elle reste long-temps debout. Les douleurs prennent de plus en plus le caractère de celles que nous avons dit appartenir aux affections cancéreuses; le volume de la tumeur augmente; elle devient appréciable à travers les parois de l'abdomen; elle comprime quelquefois l'intestin au point de s'opposer au libre cours des matières fécales; on l'a vue, dans quelques cas, peser sur l'utérus, et en déterminer l'abaissement et même la chute. L'hydropisie enkystée de l'ovaire est presque toujours accompagnée de l'affection qui nous occupe. Les caractères anatomiques ne présentent rien de particulier.

Le traitement de cette affection ne peut qu'être difficilement suivi de succès; il y en a deux motifs: d'abord, la nature même du mal, que nous avons dit être presque toujours au-dessus des ressources de l'art, et ensuite l'isolement de l'organe affecté, qui le rend presque inaccessible à l'influence des moyens thérapeutiques. Cependant les applications répétées de sangsues à l'anus ou à la vulve, principalement à l'époque des règles lorsqu'il y a suppression des menstrues, ce qui a fréquemment lieu, les lavemens émolliens et narcotiques, les bains prolongés, les douches alcalines ou sulfureuses sur la tumeur, et à l'intérieur l'extrait de ciguë, etc., sont autant de moyens généralement employés qui soulagent les malades et diminuent leurs souffrances; on doit donc toujours y recourir. Dans cette affection, comme dans les kystes de l'ovaire, on a proposé et pratiqué (Laporte, Morand) l'extirpation de l'organe; mais quelques succès obtenus par Laumonier, Lizars d'Edimbourg (1) et Chrysmer ne nous paraissent pas suffisans pour justifier une opération aussi grave, aussi dangereuse, dans une maladie dont les progrès sont toujours lents, et permettent souvent aux personnes qui en sont affectées d'espérer encore de nombreuses années d'existence.

(1) *Observations on extraction of diseased ovaria*, illustrated by plates coloured after nature. Edinburg, 1825, in-fol.

### Du squirrhe et du cancer de l'utérus.

Le cancer utérin est une maladie des plus communes de ce genre; on l'observe chez des femmes de tous les âges, à partir de l'époque de la puberté. Cependant il se manifeste plus souvent au moment où les femmes vont cesser d'être réglées, ou quand elles viennent de cesser de l'être, qu'à toute autre époque de leur vie. Les filles n'en sont point exemptes. Le cancer utérin est très-souvent la terminaison d'une métrite chronique. Les causes qui le produisent sont toutes celles qui peuvent provoquer cette dernière affection.

Le cancer utérin débute ordinairement par le col de la matrice, et plus souvent par la lèvre postérieure de ce col, que par l'antérieure; c'est toujours sous forme d'un engorgement squirrheux, qui s'ulcère après avoir duré plus ou moins long-temps, qu'il se manifeste d'abord; car nous ne comprenons pas dans cette description le carcinôme ou ulcère phagédénique de l'utérus, auquel nous consacrerons un article particulier. Peu à peu il s'étend du col au corps même de l'utérus. Dans quelques cas cependant, il commence par le corps même de l'organe, et ordinairement alors par sa surface interne; mais ces cas sont rares. Tant qu'il est borné au museau de tanche, il est facilement curable par une opération de chirurgie; cette opération offre au contraire les plus grands dangers quand il s'est propagé au corps même de l'utérus. Il est donc de la plus haute importance de reconnaître la maladie à son début; malheureusement elle n'occasione, en général, d'accidens assez graves pour déterminer les malades à réclamer les secours de l'art, que quand déjà elle a fait des progrès tels qu'il n'est plus possible d'y remédier que par l'ablation totale de l'organe. Quoi qu'il en soit, les pathologistes ont partagé sa marche en trois périodes.

Les symptômes particuliers à la première période sont ceux de la métrite chonique, et rien, dans ces symptômes, ne peut faire connaître si la maladie se terminera par résolution, ou si elle passera à la dégénération carcinomateuse. Ainsi les premiers accidens que la femme éprouve consistent dans quelques dérangemens de menstruation, soit que les règles se trouvent retardées, soit qu'elles avancent, soit qu'elles diminuent de quantité, soit qu'il se manifeste des pertes, soit enfin que les menstrues reparaissent chez une femme qui a dépassé l'âge critique. D'autres fois il se joint à ces accidens, ou il se manifeste sans eux, un écoulement sanguin ou sanieux, avec ou sans douleur, qui apparaît après le coït. Le plus souvent aussi la malade éprouve en même temps une pesanteur dans les régions hypogastrique et anale, accompagnée dans quelques cas, de la sensation d'un corps roulant dans le bassin, chaque fois qu'étant couchée sur un des côtés, elle se reporte sur l'autre. Elle devient sujette à des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la garde-robe; il survient des flueurs blanches abondantes, d'abord inodores, mais qui acquièrent par la suite une odeur forte. Le toucher, pratiqué à cette époque, fait reconnaître que le museau de tanche a augmenté de volume, qu'il est inégal, bosselé, dur dans certains points et ramolli dans d'autres,

et douloureux au contact; la pression du doigt fait quelquefois écouler de sa substance, comme d'une éponge, un liquide sanieux et sanguinolent, semblable à celui que la femme répand après l'acte de la copulation; l'orifice utérin est entr'ouvert et irrégulier; enfin l'on peut voir que le museau de tanche est gonflé, et d'un rouge foncé et livide, mais sans ulcération, en plaçant dans le vagin un *speculum uteri*.

Ces accidens persistent quelquefois sans augmentation ni diminution, pendant plusieurs années; d'autres fois, au contraire, la maladie suit une marche plus aiguë, et passe en quelques mois, et même en quelques semaines, à la seconde période.

Pendant celle-ci, les symptômes de la période précédente augmentent rapidement d'intensité; les douleurs lancinantes deviennent plus vives et habituelles, et elles se font sentir non-seulement dans le col utérin, mais encore dans les lombes, les aines et les cuisses; les flueurs blanches deviennent beaucoup plus abondantes, la matière qui les forme est ichoreuse, et acquiert la fétidité propre à la suppuration des affections cancéreuses; elle entraîne avec elle des portions de tissu ramollies par la dégénération, et des caillots de sang putréfié; il survient fréquemment des pertes de sang considérables. Le toucher, pratiqué alors, fait souvent reconnaître que le col de l'utérus est rongé par un ulcère à bords fermes, ou qu'il est transformé en une sorte de champignon à surface molle, fongueuse, friable et ulcérée, mais à base dure. Plus tard, la maladie s'étend au vagin, et de ce canal au rectum et à la vessie, qu'elle perfore; aux symptômes ci-dessus indiqués, se joint alors un écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales par la vulve. A toutes les époques de cette seconde période, on peut constater, par l'introduction d'un spéculum, la nature, l'état et les progrès du mal.

Les accidens qui caractérisent la troisième période sont l'engorgement des ganglions inguinaux, la manifestation d'autres engorgemens dans diverses parties du corps, la couleur plombée de la peau, la fièvre hectique, et en un mot tous les caractères de la diathèse cancéreuse. Ces accidens ne se manifestent pas toujours, parce que, dans beaucoup de cas, les malades périssent peu de temps après le début du mal ou quand il est encore à l'état de cancer local, soit d'une hémorrhagie foudroyante, soit épuisées par la répétition d'hémorrhagies peu abondantes, mais très-fréquentes, soit d'une péritonite aiguë ou chronique, etc.

*Traitement.* Pendant long-temps le cancer utérin a été regardé comme une maladie tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art; on l'abandonnait en conséquence à lui même, ou bien on se bornait à employer quelques uns de ces remèdes palliatifs qui tout au plus ont pour effet de calmer les souffrances des malades. Les chirurgiens modernes, plus éclairés, attaquent ces cancers et parviennent à les détruire, toutes les fois que bornés au museau de tanche, ils n'ont point encore envahi le corps de l'utérus: ils ont fait plus, ils ont osé pratiquer l'extirpation totale de l'utérus pour les cas où l'étendue du mal rendrait la rescision du col insuffisante ou impraticable. Mais, ainsi que nous le verrons plus bas, cette opération hardie a eu jusqu'ici si peu de succès, qu'il est probable que peu de personnes seront désormais tentées de la mettre en pratique.

Dans les cas ordinaires, les opérations que l'on pratique pour détruire les cancers utérins ne s'appliquent donc qu'à ceux qui n'ont pas dépassé le museau de tanche. Ces opérations sont la cautérisation et la résection du col de l'utérus. Avant d'y recourir toutefois, il faut s'être bien assuré que la dégénération cancéreuse est opérée, afin de ne pas s'exposer à enlever le col de l'utérus lorsqu'il ne serait qu'enflammé chroniquement, ainsi que cela est peut-être plus d'une fois arrivé. Il faut aussi, dans les cas douteux, et surtout lorsque la maladie n'est qu'à sa première période, commencer par employer le traitement de la métrite chronique (*voyez* cette maladie), et principalement, parmi les moyens qui le composent, les applications de sangsues sur le col même de l'utérus.

La cautérisation et la résection ne sont pas exactement applicables aux mêmes cas. La dernière convient spécialement à ceux où il existe un prolongement des lèvres du col utérin, et où il reste en arrière du mal des tissus sains dans lesquels on peut pratiquer la section. La seconde convient aux cas où il existe une ulcération superficielle, et dont la base est peu engorgée; on la pratique encore après la résection, lorsque la surface de la plaie présente quelques points d'un aspect douteux.

MM. Récamier et Dupuytren sont les premiers qui aient employé la méthode de la cautérisation pour détruire les affections cancéreuses du col de l'utérus. M. Récamier se sert d'une solution de nitrate de mercure dans l'acide nitrique (un à quatre gros pour une once d'acide). M. Dupuytren emploie soit cette liqueur, soit des cônes de potasse pure ou de nitrate d'argent, larges d'un pouce à leur base, qu'il place dans un long porte-crayon, de manière à présenter, suivant le besoin, leur base ou leur sommet à la surface ulcérée.

Pour porter ainsi le caustique sur le col de l'utérus, et préserver en même temps le vagin de son action, on a inventé un instrument dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, qu'en raison de la facilité qu'il donne pour examiner les parties, on a nommé *speculum uteri*. Il en existe de plusieurs formes.

Celui dont on s'est d'abord servi dans ces derniers temps, surtout quand on ne voulait que voir l'état des parties, est le spéculum de M. Récamier. Il est composé d'un tube d'étain de dimension proportionnée à celle du vagin, légèrement conique, coupé perpendiculairement à son épaisseur vers son extrémité la plus étroite, et en bec de plume à son extrémité la plus large.

M. Dupuytren, pour rendre cet instrument propre à être employé dans les opérations ou dans les applications caustiques que l'on fait sur le col de l'utérus, l'a fait couper perpendiculairement à son épaisseur à ses deux bouts, et a fait ajouter à celle des extrémités qui est la plus large un

manche qui en part à angle droit. M. Mélier (1), en conservant à cet instrument la forme que lui a donnée M. Dupuytren, l'a modifié avantageusement en plusieurs points. Il emploie à sa confection le cuivre vernis, métal plus facile à entretenir dans un état de propreté convenable. Le manche est réuni au reste de l'instrument, au moyen d'une charnière qui permet de le coucher parallèlement au tube, ce qui rend l'instrument plus portatif. Un porte-bougie brisé et terminé par un réflecteur, qui, placé entre le tube et l'œil de l'opérateur, renvoie toujours la lumière au centre du spéculum, s'agence sur le côté de la grosse extrémité de celui-ci, de manière à rendre inutile l'aide chargé d'éclairer. Enfin, pour faciliter l'introduction, souvent difficile, du spéculum, M. Mélier le remplit d'un gros mandrin de bois d'ébène, dont l'extrémité arrondie en forme de tête dépasse celle du tube et efface les plis du vagin, qui souvent apportent un obstacle assez grand à sa progression. Lorsqu'il s'agit d'employer un caustique dont l'action chimique pourrait attaquer le métal, le même médecin se sert d'un tube en cristal.

Le spéculum des anciens était composé de trois parties, dont la réunion formait un cône creux de médiocre volume, que l'on introduisait avec facilité dans le vagin, et qui pouvaient s'écarter ensuite de manière à dilater fortement ce canal, quand on faisait tourner une vis contenue dans un manche qui en partait à angle droit. Enfin, madame Boivin et M. Lisfranc ont dernièrement employé dans ce même but, mais en lui faisant donner les dimensions convenables, un instrument que les anciens n'employaient que pour explorer l'anus, et qui se compose de deux parties, lesquelles, rapprochées, forment, comme le précédent, un cône creux, et peuvent s'écarter l'une de l'autre quand on presse sur deux leviers coudés, articulés l'un avec l'autre de manière que quand on rapproche leurs deux extrémités libres on en écarte les deux extrémités opposées, qui supportent les deux moitiés semi-coniques de l'instrument et font un angle droit avec elles. Ces deux derniers instrumens sont représentés dans l'*Armamentarium* de Scultet. MM. Colombat, Guillon, Hatin et d'autres, ont aussi proposé diverses modifications ; mais sans contester les avantages de quelques-unes d'entre elles, elles rendent en général ces instrumens si compliqués qu'il est douteux qu'ils entrent jamais dans la pratique.

Un spéculum utérin étant donc introduit, et la partie malade mise en évidence, on commence par l'absterger avec une boulette de charpie sèche portée sur une longue pince; cela fait, on pousse jusqu'au fond du spéculum un petit rouleau de charpie que l'on place au bas de la surface ulcérée, de manière à ce qu'il recueille l'excédant du caustique, et l'empêche de se glisser entre l'extrémité du spéculum et le vagin. On porte alors jusque sur cette surface un pinceau de charpie imbibée de la solution mercurielle, ou le cône de potasse ou de nitrate d'argent, et on le laisse en contact avec les tissus, pendant environ une minute. Au bout de ce temps l'escharre est produite ; on retire le caustique, on lave les parties au moyen d'une injection abondante, et le spéculum est à son tour retiré.

La malade est mise au bain; et s'il survient des symptômes d'inflammation, ce qui est rare, on les combat par les moyens appropriés. Dans les cas ordinaires, il suffit de l'usage journalier du bain et des injections émollientes pour les prévenir. En général, au bout de quatre ou cinq jours, l'escharre est tombée, et l'on peut recommencer l'opération, que l'on réitère jusqu'à ce que la surface ulcérée soit recouverte de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature. Nous ne saurions trop répéter que la cautérisation ne réussit bien que dans les cas où l'ulcération est superficielle et supportée immédiatement par des tissus peu engorgés, ce qui au reste arrive le plus ordinairement quand la maladie est attaquée en temps opportun. Mais quand l'ulcère a une base profondément engorgée, l'action destructive du caustique ne peut pas s'étendre jusqu'aux tissus sains; et il en résulte que, le travail d'élimination se faisant dans des tissus malades, l'irritation qui l'accompagne étend l'engorgement plus rapidement que le caustique ne le détruit, et que presque toujours, dans ce cas, le mal se trouve exaspéré.

C'est à Osiander qu'appartient l'idée de pratiquer la rescision du col de l'utérus. Il traversait cette partie à l'aide de deux anses de fil pour la fixer, et coupait ensuite en arrière du trajet des fils. M. Dupuytren a beaucoup perfectionné cette opération. Il emploie plusieurs procédés, qui varient selon que le col de l'utérus est résistant, ou qu'il est mou et friable. Dans le premier cas, il saisit le museau de tanche avec une pince de Museux, l'attire au niveau de la vulve, et retranche toute la partie saisie par les pinces, soit au moyen d'un bistouri ordinaire, soit avec un petit couteau à deux tranchans et courbé sur son plat, soit avec de forts ciseaux courbés de même sur leur plat ; quelquefois aussi il introduit un *speculum uteri*, saisit, comme dans le premier cas, les parties avec une pince de Museux, et les retranche en place. Dans le second cas, M. Dupuytren place un spéculum de manière à ce que le cancer soit bien embrassé par son extrémité; cela fait, il cerne le mal avec une cuiller tranchante, au moyen de laquelle il cure, s'il en est besoin, jusqu'à la cavité de l'utérus; les parties cernées que la cuiller n'a pas pu détacher complètement, le sont au moyen des ciseaux courbes. Dans quelques cas aussi ce professeur emploie, pour cerner le squirrhe, un tranchant circulaire surmonté de deux tiges qui se rendent à un manche transversal ou à un large anneau en acier. Ce tranchant étant appliqué à la circonférence du col utérin, il suffit d'imprimer quelques mouvemens de rotation à l'instrument pour le faire pénétrer dans le tissu du col, ou même dans celui du corps de la matrice, et pour isoler ainsi le cancer dans toute sa circonférence par l'action de cette espèce d'emporte-pièce; on le saisit alors avec des pinces, et on achève de le détacher avec les ciseaux portés profondément en arrière.

Pour faciliter cette opération, M. Colombat a

(1) *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice, modification au speculum uteri* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tom. II, pag. 330, in-4° 1833.)

fait construire un instrument qui se compose d'une sorte de pince érigne à quatre branches qui en forme le centre; à celle-ci est annexée une tige qui peut tourner autour, et dont l'extrémité libre, plus longue que la pince, porte une petite lame placée en travers, et qui coupe circulairement toutes les parties embrassées par les érignes quand on imprime à la tige son mouvement de circumduction. Bien qu'un mécanisme particulier permette à l'extrémité de la tige et à la lame qu'elle supporte de s'écarter plus ou moins en dehors, et par conséquent de décrire un cercle plus ou moins large, il est évident que l'action d'un semblable instrument ne peut pas être dirigée et modifiée suivant la forme et l'étendue du mal, comme celle des ciseaux ou du bistouri.

Nous ne parlerons pas de l'instrument de M. Hatin, dont la partie tranchante, formée essentiellement de deux lames qui agissent en se rapprochant à la manière des pinces, ne coupe les tissus qu'en pressant, et par conséquent avec difficulté; il partage d'ailleurs les autres inconvéniens que nous venons de signaler dans celui de M. Colombat.

L'écoulement de sang qui survient après l'excision du col utérin, par quelque procédé qu'elle ait été pratiquée, est en général modéré et s'arrête de lui-même. Si cependant il continuait au point de devenir inquiétant, on placerait un spéculum, on absergerait la plaie et on examinerait s'il est fourni par un point ou par la totalité de la surface de la solution de continuité. Dans le premier cas, il serait facile de l'arrêter, en touchant le point d'où l'écoulement sanguin tirerait sa source avec un stylet boutonné rougi au feu; dans le second, on s'en rendrait sûrement maître en tamponnant légèrement le vagin.

La résection du col de l'utérus n'est en général suivie d'aucun accident inflammatoire. Quand le mal a été complètement enlevé, les écoulemens cessent immédiatement après l'opération, la surface de la plaie prend rapidement un bon aspect, et la cicatrisation est complète au bout de trois semaines ou d'un mois, quelquefois plus tôt. Dans les cas contraires, les écoulemens continuent, et la plaie conserve un mauvais aspect; il faut alors faire succéder la cautérisation à la rescision, en suivant les préceptes établis plus haut.

Plusieurs femmes guéries par ce moyen sont devenues mères, et ont accouché sans accidens.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, les chirurgiens modernes ne se sont point bornés à pratiquer la résection du col de l'utérus. Enhardis sans doute par des exemples assez nombreux de réussite de l'extirpation de l'organe précipité hors de la vulve, ils ont été le chercher jusque dans le fond du bassin, pour l'extraire, lorsqu'une dégénération cancéreuse trop avancée ne pouvait plus être extirpée par la simple excision de son col.

Le premier exemple bien authentique d'extirpation complète de l'utérus non déplacé ne remonte qu'à 1812; elle est due au hasard. Palletta, en pratiquant la rescision du col de cet organe, ayant senti au-dessus de la partie qu'il avait cernée avec l'instrument tranchant un corps arrondi qu'il prit pour un appendice du cancer, attira ce corps, le détacha de toutes parts, et reconnut avec surprise, quand il l'eut complètement séparé, qu'il avait extirpé la matrice en totalité. La malade succomba avant la fin du second jour.

Sauter, le premier, a pratiqué sciemment l'extirpation complète de la matrice: il a été imité ensuite par Siebold, Holscher, Blundell, Banner, Lizars, Récamier, Roux, Langenbeck, Dubled, Delpech et Evans. Ces praticiens ont créé, de même que cela a été fait pour l'extirpation des calculs urinaires, deux méthodes principales; l'une conduit à la matrice par dessus le pubis, et l'autre par le vagin. Cette dernière est celle qui a été le plus généralement suivie; mais probablement à cause des différens états dans lesquels la matrice affectée de dégénération s'est trouvée dans les différens sujets qui y ont été soumis; on trouve à peine deux cas dans lesquels le même procédé ait été exactement suivi. Dans l'absence d'expérience personnelle, nous ne pouvons donc qu'indiquer sommairement en quoi ont consisté ces diverses opérations.

C'est le 22 janvier 1832 que Sauter a pratiqué son opération. La vessie et le rectum ayant été vidés, la malade fut placée dans la position requise pour l'opération de la taille; l'opérateur chercha d'abord à abaisser la matrice, mais les fongosités se laissèrent déchirer, et il ne put y parvenir; il se décida alors à inciser avec un couteau à tranchant convexe et monté sur un long manche, les attaches du vagin à la périphérie du col de l'utérus, en guidant l'instrument avec les doigts médius et indicateur gauches, et en commençant par la partie antérieure. Ayant tenté de nouveau, mais encore inutilement, d'abaisser l'organe, il coupa avec précaution le tissu cellulaire placé entre cet organe et la vessie, et parvint au péritoine, qu'il ouvrit, coupa les ligamens larges, ainsi que les trompes de Fallope, réduisit à deux reprises différentes les intestins qui se présentaient dans la plaie, et les fit contenir par un aide qui appliquait la main sur la région hypogastrique, fit basculer la matrice d'arrière en avant dans le vagin, et acheva de la détacher en coupant l'attache postérieure du vagin à son col. L'opération dura plus d'une demi-heure; et pendant ce temps, il s'écoula environ une livre et demie de sang. Un tampon de charpie fut introduit dans le vagin, et la malade, reconduite à son lit, guérit dans l'espace de quatre mois: mais elle resta affectée d'incontinence d'urine. Quinze jours après sa guérison, elle mourut d'une inflammation de poitrine. A l'ouverture du corps, on reconnut que les viscères abdominaux, le péritoine et le vagin ne présentaient aucune trace d'affection cancéreuse; l'extrémité supérieure de ce canal était fermée par l'intestin qui avait contracté des adhérences avec lui.

Siebold a fait sa première opération en 1824. La malade ayant été située comme la précédente, le rectum vidé, et les intestins refoulés en haut par un aide, une sonde fut introduite dans la vessie pour la vider, et on l'y laissa afin qu'elle pût servir d'indicateur pour éviter cet organe. Le vagin fut incisé sur le côté droit, près son attache à l'utérus. Deux doigts introduits par l'incision pas-

sèrent derrière cet organe et déchirèrent le tissu cellulaire, pendant qu'avec des ciseaux on détruisait ses attaches latérales. Pareille opération fut ensuite faite sur le côté gauche, et des pinces de Museux saisirent la matrice qui avait échappé aux doigts, mais elles ne purent parvenir à l'abaisser. L'opérateur se décida alors à aller saisir cet organe avec la main; mais pour lui ouvrir un passage suffisant, il fut obligé d'inciser le vagin en bas et de chaque côté vers le périnée; l'utérus put alors être saisi, abaissé, et bientôt il fut séparé en totalité. Cette opération dura vingt-cinq minutes; il s'écoula environ une palette et demie de sang. Le vagin fut rempli de charpie imbibée de vinaigre; la malade fut couchée, le bassin plus élevé que les épaules; on lui prescrivit une potion calmante. Elle mourut au bout de soixante heures. On constata par l'ouverture du corps l'existence d'une péritonite. La vessie et le rectum étaient intacts; le foie contenait des hydatides.

En 1825 Siebold répéta cette opération, mais en la modifiant de la manière suivante. Le vagin fut incisé tout autour du col de l'utérus, et celui-ci traversé avec une anse de fil qui servit à l'attirer en bas, après quoi on détruisit avec des ciseaux les attaches latérales antérieures et postérieures de l'organe. Pendant l'opération, qui dura vingt-cinq minutes, la malade eut une syncope qu'on attribua à l'excès de la douleur; il s'écoula environ six onces de sang, le vagin fut rempli de charpie saupoudrée d'alun. Lorsque la malade fut reconduite à son lit, elle éprouva un nouvel écoulement de sang qu'on évalua à environ dix onces; elle eut des syncopes, et mourut au bout de cinquante-quatre heures. On trouva à l'autopsie qu'il y avait quelques caillots de sang dans le bassin; le rectum et la vessie avaient été ménagés.

En 1824 Holscher a pratiqué l'extirpation de l'utérus suivant le procédé de Sauter, mais il commença par exciser le col qui gênait par son volume. L'opération dura trente-cinq minutes : il s'écoula environ dix onces de sang; la malade mourut au bout de vingt-quatre heures. L'ouverture du corps prouva qu'il n'y avait point eu d'hémorrhagie interne, et que la vessie et le rectum avaient été respectés.

Blundell a pratiqué sa première opération en 1828 : le rectum et la vessie ayant été vidés, la malade fut couchée du côté gauche près du bord de son lit, le doigt indicateur et le médius de la main gauche furent introduits dans le vagin et constatèrent que ce canal était atteint d'affection cancéreuse dans tout son quart supérieur. Un petit scalpel servit à inciser ce canal, sur la ligne médiane et postérieurement, immédiatement au-dessous du point jusqu'où s'étendait la maladie. L'indicateur gauche engagé dans l'incision sépara le vagin d'avec le rectum en déchirant le tissu cellulaire placé entre ces deux organes. La plaie du canal fut alors agrandie à droite et à gauche à l'aide de l'instrument tranchant, et donna passage aux doigts indicateur et médius qui servirent à guider un crochet mousse à l'aide duquel la matrice fut saisie, renversée dans le vagin, et vint se loger dans la paume de la main gauche. On termina en coupant les ligamens larges de l'utérus et en séparant cet organe du vagin et de la vessie. Quelques parties endurcies furent laissées; l'opérateur se réservant de les extirper plus tard, s'il le jugeait nécessaire. Il s'écoula environ six onces de sang pendant l'opération; la malade guérit, mais au bout d'un an elle mourut d'une récidive du mal.

Blundell a pratiqué cette opération trois autres fois par le même procédé, mais sans succès; les malades sont toutes mortes très-promptement, et leur mort a paru dépendre à la fois de l'hémorrhagie et des douleurs vives qu'elles ont souffertes.

En 1828 Banner tenta aussi l'extirpation de la totalité de l'utérus. La malade étant située à la manière ordinaire, après avoir subi les préparations d'usage, le col de l'utérus fut saisi avec une forte érigne, abaissé et traversé par une forte anse de fil qui servit à le maintenir; alors le chirurgien incisa demi-circulairement le vagin à sa partie postérieure et supérieure, près de son insertion au col de la matrice, détacha cet organe du rectum, et pénétra dans le péritoine; la partie antérieure du canal fut ensuite incisée de la même manière, la vessie séparée de l'utérus et le péritoine ouvert; le corps de la matrice fut renversé en avant, et l'opération terminée par la section des ligamens latéraux. Dix onces de sang s'écoulèrent pendant l'opération. L'écoulement continua de se faire quand la malade fut replacée dans son lit. Des caillots furent expulsés du vagin à plusieurs reprises; une péritonite survint, et la malade succomba le quatrième jour.

En 1828 encore, M. Lizars pratiqua la même opération. La malade fut placée comme pour l'opération de la taille, excepté que le bassin était plus élevé que les épaules, afin que les intestins s'éloignassent de cette cavité par leur propre poids. Le vagin étant fort étroit, l'opérateur commença par fendre la cloison recto-vaginale sur la ligne médiane; il passa une anse de fil à travers le col utérin, et la confia à un aide qui le maintint abaissé; il introduisit alors une sonde dans la vessie, pour tenir cet organe élevé et tendu; cela fait, il incisa, d'abord en arrière, le vagin et le péritoine; il incisa ensuite le même canal au-devant, sépara la vessie, ouvrit la membrane séreuse, et termina par la section des ligamens latéraux. La malade mourut au bout de vingt-quatre heures, et à l'ouverture du corps on trouva des traces de péritonite, sept onces de sang épanché dans le bassin, et une infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire ambiant.

Voici maintenant le procédé qu'a suivi M. Récamier qui a opéré sa première malade en 1829.

La malade fut située comme pour l'opération de la taille; le bassin dans une position légèrement déclive, afin que le sang pût s'écouler au-dehors aussitôt après la section des vaisseaux. Deux pinces de Museux furent successivement appliquées sur le col de l'utérus pour le saisir solidement et l'abaisser jusqu'à la vulve. Le doigt fut introduit pour constater de nouveau l'état des parties et les rapports de la vessie. Cela fait, le vagin fut incisé à sa partie antérieure et supérieure et de droite à gauche; le tissu cellulaire vagino-vésical déchiré avec le doigt; le péritoine ouvert avec le bistouri guidé par le doigt indi-

cateur et le médius de la main gauche, logés entre la vessie et la matrice, de manière à ne pas abandonner la face antérieure de l'utérus. Le doigt indicateur fut introduit dans la plaie du péritoine, et servit à conduire un bistouri droit boutonné à l'aide duquel la plaie fut agrandie à droite et à gauche ; deux doigts, introduits à travers la solution de continuité, et appuyant sur le fond de la matrice, en augmentèrent l'abaissement ; alors le bistouri boutonné, rasant le côté gauche de l'utérus, coupa de haut en bas le ligament large correspondant dans les deux tiers de sa hauteur ; le ligament large de l'autre côté fut coupé de la même manière et de la même étendue : ce qui restait du ligament large du côté droit fut alors saisi entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, et ces doigts servirent de guide à une aiguille de Deschamps qui, passée d'arrière en avant, entoura le tout d'un fil qui embrassa ainsi le tiers inférieur du ligament large et avec lui l'artère utérine qu'il renferme ; un autre fil fut ensuite passé de la même manière autour du tiers inférieur du ligament large du côté gauche, les deux fils furent serrés au moyen du serre-nœud de Desault ; après quoi la section des ligamens larges fut achevée de chaque côté entre les fils et l'utérus, et cet organe se trouva complètement détaché par la section de la partie postérieure et supérieure du vagin ; il s'écoula peu de sang ; la malade fut saignée deux fois ; des sangsues furent appliquées le jour suivant, et des bains furent administrés parce que le pouls s'élevait. La malade guérit sans autres accidens dans l'espace d'un mois et demi ; mais elle mourut un an après, des suites d'une diarrhée chronique. L'autopsie du corps n'a pas été faite.

M. Récamier a fait ensuite la même opération deux fois conjointement avec M. Roux, et ensuite seul. Sur deux de ces malades, la vessie a été ouverte ; sur deux aussi, la section du ligament large ayant été opérée un peu trop près du fil, celui-ci se détacha, et un écoulement de sang, peu considérable toutefois, eut lieu. Les trois malades ont succombé, de trente-trois à trente-six heures après l'opération.

M. Récamier dit avoir remarqué que chez certaines femmes le doigt indicateur introduit dans le vagin peut seul, ou pendant que le pouce lui prête un point d'appui dans le rectum, reconnaître les battemens de l'artère utérine à l'union des deux cinquièmes postérieurs avec les trois cinquièmes antérieurs du vagin, sur les côtés de ce canal.

Il pense que, dans ces cas, il serait possible de commencer l'opération par la ligature de ces vaisseaux, au moyen d'une aiguille montée sur un manche, et dont la marche serait guidée par les deux doigts qui saisiraient la cloison recto-vaginale. Mais il est facile de voir combien de difficultés pourrait offrir une semblable manière d'opérer, qui d'ailleurs n'étant applicable qu'en certains cas particuliers, ne peut pas être proposée comme méthode générale.

M. Dubled a aussi fait l'extirpation de l'utérus ; mais il ne l'a faite que partielle, c'est-à-dire qu'après avoir coupé le vagin et le ligament large au-dessous des trompes de Fallope, il a coupé l'utérus en travers, de manière à laisser son fond en ménageant le péritoine. La malade est morte vingt-deux heures après l'opération.

Enfin, Langenbeck et Delpech ont extirpé l'utérus, le premier deux fois, et le second une seule fois ; et leurs malades ont succombé.

La première remarque qui frappe en réfléchissant sur les faits qui viennent d'être relatés, c'est la variété des procédés opératoires qui ont été mis en usage. Quelques unes des modifications que nous avons fait connaître ont été évidemment commandées par des circonstances particulières au cas pour lequel on opérait. C'est ainsi que, pour faciliter l'abaissement de la matrice, Siebold a incisé le vagin sur les deux côtés ; et que, pour obtenir ce même résultat, Lizars a cru devoir inciser la paroi recto-vaginale. Mais d'autres modifications tiennent évidemment à une différence dans le plan primitif de l'opération. Quelques uns ont cherché à abaisser directement l'utérus, d'autres l'ont renversé en avant ou en arrière, etc. Mais, malgré ces tentatives faites dans le but de perfectionner l'opération et de la rendre moins dangereuse, sur dix-neuf femmes opérées, trois seulement ont survécu aux accidens immédiats de l'opération, et toutes les trois sont mortes dans le courant de l'année suivante. Pour se rendre raison d'une aussi effrayante mortalité, et chercher les moyens de la diminuer, il faut en apprécier les causes, c'est-à-dire déterminer quels sont les accidens dépendans de l'opération, qui peuvent le plus y contribuer. Ces accidens sont : la sortie des intestins par la partie supérieure du vagin, la lésion de la vessie, les douleurs prolongées, l'hémorrhagie, la péritonite, et l'inflammation du tissu cellulaire pelvien.

La sortie des intestins par le vagin et la lésion du bas-fond de la vessie ne semblent pas entraîner, au moins toujours, beaucoup de danger : car ces deux accidens se sont présentés chez les malades opérées par Sauter, et le dernier a été encore remarqué chez la malade de M. Récamier. Cependant on conçoit que la sortie des intestins pourrait exposer à les léser, ou à une péritonite, et que la blessure du bas-fond de la vessie, en permettant à l'urine de s'épancher dans la cavité du péritoine par le vagin ouvert, ou seulement en exposant à une infirmité dégoûtante, constituent deux accidens graves qu'il est important d'éviter.

On prévient la sortie des intestins pendant l'opération, en faisant tenir le bassin plus élevé que la poitrine, et quand elle est achevée, en recommandant à la malade de ne faire aucun effort, et en plaçant un tampon dans le vagin.

Il est plus difficile d'éviter la lésion du bas-fond de la vessie. On peut en effet l'ouvrir, soit que l'on n'ait point abaissé préalablement la matrice, ainsi que le prouve le fait de Sauter ; soit qu'on l'ait attirée en bas, ainsi que le prouvent les faits de M. Récamier. Cependant il est incontestable que dans ce dernier cas il doit être beaucoup plus difficile à éviter, parce que, dans son mouvement indirect, l'utérus attire avec lui le bas-fond de la vessie en avant, d'abord par sa partie la plus postérieure, ce qui lui fait former une espèce de repli

ou de cul-de-sac dans lequel les doigts et les instrumens s'engagent presque inévitablement au moment où l'on procède à la séparation des deux organes, et par lequel ils sont ainsi conduits dans la cavité de la vessie. Cette circonstance grave nous paraît de nature à faire adopter de préférence une méthode opératoire qui ne rende pas nécessaire l'abaissement préalable de la matrice; car la facilité que cet abaissement procure pour terminer l'opération ne peut compenser le danger de blesser le réservoir de l'urine, et de déterminer une fistule urinaire, et surtout un épanchement d'urine dans le bassin.

L'hémorrhagie ne paraît pas non plus être la cause à laquelle on doive attribuer la mort de la plupart des malades dont nous avons fait connaître l'histoire. Les femmes, en effet, supportent beaucoup mieux que les hommes des pertes de sang considérables, et la lecture attentive des observations prouve que dans la plupart des cas l'écoulement de sang a été peu considérable. La malade de Sauter, qui a guéri, est une de celles qui ont perdu le plus de sang, et peut-être même que cette circonstance n'a pas été sans influence sur l'heureux résultat de l'opération. Cependant, comme il y a toujours du danger à abandonner à lui même un écoulement de sang dépendant de la lésion d'une artère, et que d'ailleurs les malades affectées de cancers utérins sont, la plupart du temps, épuisées ou affaiblies par des pertes, M. Récamier a apporté un perfectionnement important, en donnant le précepte de se rendre maître du sang, pendant l'opération et après, par une ligature jetée sur le ligament large. Il faut seulement avoir l'importante attention de laisser entre le fil et l'utérus un espace suffisant pour que la section ne porte pas trop près des fils, qui se relâcheraient, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois. Nous pensons que le serre-nœud de Graefe serait préférable à celui de Desault. Enfin, il nous semble que l'on rendrait cette ligature préliminaire beaucoup plus facile, en incisant d'abord le vagin en avant et en arrière, ainsi que l'ont fait Banner et Lizars, par exemple.

Mais c'est surtout à abréger la durée des douleurs, et à diminuer leur intensité que l'on doit s'attacher, si l'on veut que l'extirpation de l'utérus présente quelques chances de succès; or ces douleurs sont bien plus évidemment le résultat des efforts que l'on fait pour abaisser et renverser l'utérus que celui de la section des parties: car cet organe facile, en général, à amener jusqu'à l'entrée de la vulve, quand son col seul est affecté, ne peut plus être abaissé sans des efforts considérables quand l'affection a envahi son corps; et, dans ces cas, ce sont les manœuvres d'abaissement et de renversement qui arrachent aux malades les plaintes les plus vives. Il est donc de la plus haute importance d'éviter cette cause d'accidens, et pour cela il est évident qu'il faut opérer la matrice restant en place, et s'abstenir de la renverser, ainsi que l'ont fait Paletta, Siebold, Holscher, et Blundell. Sans doute, de cette manière, l'opération en devient plus difficile; mais qu'est une difficulté, si elle fait disparaître un danger? Nous ne pouvons nous dispenser de rappeler ici que l'abaissement de l'utérus expose déjà au danger de blesser le bas-fond de la vessie; danger que l'on éviterait en laissant la matrice à sa place. Peut-être trouverait-on quelque avantage à tendre le vagin, en soulevant le col utérin au moyen de l'instrument que Gutberlat a proposé pour soulever la matrice dans l'extirpation de cet organe par la région hypogastrique, ainsi que nous l'exposerons ci-après.

Quant à la péritonite et à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, il est trop évident que ces accidens dépendent presque directement des tiraillemens et des douleurs éprouvés par ces parties, pour qu'il soit besoin d'insister beaucoup sur les avantages qu'il y aurait pour les éviter d'opérer sans abaisser ni renverser l'utérus.

On s'est occupé dernièrement (MM. Tarral et Gendrin entre autres) à modifier dans ce sens l'opération de l'extirpation de l'utérus. Et voici en définitive le procédé mixte que nous proposerions. 1° Vider la vessie, et bien reconnaître ses limites au moyen de la sonde, et des doigts introduits dans le vagin; 2° repousser l'utérus au moyen d'un instrument analogue à celui de Gutberlat pour tendre le vagin; inciser le canal, le tissu cellulaire vésico et recto-vaginal, et le péritoine en avant et en arrière, à l'aide d'un bistouri convexe, dont le tranchant serait toujours tenu près de l'utérus; 3° placer une ligature qui embrasserait le ligament large, et qui serait serrée au moyen du serre-nœud de Graefe; enfin, couper sur les côtés, et détacher l'utérus sans le renverser.

La méthode hypogastrique se compose jusqu'à présent de deux procédés.

Celui de Gutberlat, qui l'a proposé en 1814, se distingue essentiellement par une espèce d'anneau monté sur une longue tige, qui est destinée à embrasser le col de l'utérus, et à soulever l'organe pour le rapprocher de la région hypogastrique.

L'autre procédé, suivi par Langenbeck, consiste à inciser la paroi abdominale sur la ligne blanche, et à séparer l'utérus du vagin, pour l'extraire, sans l'avoir fait préalablement soulever. Ce procédé, mis une fois à exécution, n'a pas été couronné de succès.

Si nous comparons cette méthode à l'autre, nous verrons qu'elle est beaucoup plus facile dans son exécution, et qu'elle offre l'avantage de saisir et de lier sûrement les vaisseaux contenus dans les ailes de la matrice; mais il est évident qu'elle expose beaucoup plus directement à la péritonite.

En définitive, l'extirpation de l'utérus, de quelque manière qu'on l'exécute, sera toujours une opération dangereuse. Doit-on l'abandonner? Sans doute, trois réussites peu durables, sur vingt cas, sont un résultat peu avantageux; mais, si l'on considère que toutes les femmes affectées de cancers utérins périssent inévitablement et que l'opération est encore susceptible de perfectionnemens importans, on pensera probablement qu'il n'est pas encore temps de résoudre cette question.

### Du cancer des os, ou ostéo-sarcome.

Le tissu des os n'est pas plus que les autres exempt de la dégénération cancéreuse; cette ma-

ladie a été désignée par les noms d'*ostéo-sarcome*, ou d'*ostéo-sarcose*.

Elle n'attaque pas de préférence le corps des os longs, comme le spina ventosa, avec lequel elle a d'ailleurs quelque analogie; tous les os peuvent en être affectés. Elle peut s'étendre des parties voisines à l'os qu'elles recouvrent ; mais souvent elle débute par le centre même du tissu osseux : les causes qui la produisent alors sont les mêmes que celles qui produisent les autres cancers.

Quand le cancer des os résulte de l'extension à ces organes de la dégénération des tissus voisins, le diagnostic en est facile. La tumeur formée par l'engorgement des parties molles, d'abord mobile, devient adhérente à l'os, se confond avec lui, et le fait participer à sa nature. Le diagnostic est plus difficile quand il s'agit d'un ostéo-sarcome primitif : voici quelle est en général, dans ce cas, la marche de la maladie.

*Symptômes*, *marche*, *etc*. Le malade ressent d'abord dans la profondeur de l'os des douleurs vagues et passagères. Ces douleurs deviennent peu à peu plus vives, plus constantes, elles se fixent enfin dans un point déterminé, et deviennent bientôt lancinantes, violentes et intolérables. Leur violence et leur continuité altèrent la constitution du sujet, qui maigrit, consumé par une fièvre lente ; la peau prend rapidement une teinte d'un jaune plombé ; il est à remarquer que ces phénomènes sont beaucoup plus prompts à se manifester à la suite du cancer des os qu'à la suite de celui de tous les autres tissus de l'économie. Enfin, on s'aperçoit, et cela d'autant plus promptement que l'os est plus superficiel, qu'au lieu correspondant au siége principal des douleurs, il se forme une tumeur confondue avec le tissu de l'os. Cette tumeur, inégale à sa surface, n'offre pas la dureté osseuse ; elle est ferme, et présente une sorte de résistance et d'élasticité particulières. D'abord isolée des parties molles qui la recouvrent, elle les envahit bientôt dans ses progrès rapides ; et, quand elle devient sous-cutanée, sa surface offre des parties d'une consistance ferme séparées par des bosselures plus molles, et recouvertes par une peau pâle, décolorée, amincie, et luisante. A mesure que le mal fait des progrès, les douleurs augmentent d'intensité ; et elles acquièrent une violence telle, que le malade périt presque toujours de l'inflammation développée sympathiquement dans les principaux viscères, avant que la tumeur ait eu le temps de s'ouvrir à l'extérieur et de se transformer en cancer ulcéré.

La violence des douleurs qui accompagnent l'ostéo-sarcome, la rapidité de sa marche, l'altération prompte et profonde qu'il produit dans la santé générale et dans la constitution du sujet, sont des caractères qui n'appartiennent qu'à cette maladie; ils peuvent facilement la faire distinguer des autres affections des os, quand ils se trouvent réunis et exprimés à un haut degré, comme cela a lieu le plus ordinairement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on conçoit qu'un peu plus de lenteur dans sa marche, des douleurs moins aiguës, une influence moins marquée sur la santé générale, peuvent lui donner quelque ressemblance avec l'ostéite ou la périostite chroniques, et surtout avec le *spina ventosa*, et rendre dans quelques cas le diagnostic difficile. Il est même arrivé que des tumeurs de ce genre, placées à l'aine et à la partie supérieure du bras, de manière à soulever l'artère crurale ou l'artère brachiale, dont on sentait les battemens à leur surface, ont été prises pour des anévrysmes, et qu'on a commencé dans cette croyance des opérations que l'on a été obligé de suspendre, ou dont on a été contraint de changer le plan, aussitôt que la méprise a été reconnue. Ces erreurs sont fâcheuses lorsque l'ostéo-sarcome est placé sur un os dont on ne peut pas faire l'ablation totale, parce que, les incisions qu'on a faites irritant le mal, le cancer fait des progrès plus rapides, et envoie à travers les plaies des végétations dont la présence ajoute aux douleurs du malade, et donne une nouvelle activité à la maladie. Il est donc de la plus haute importance d'éviter de semblables erreurs ; et il faut convenir que, dans quelques cas, il faut pour cela la sagacité et l'expérience des praticiens les plus consommés.

*Caractères anatomiques*. Les caractères anatomiques de l'ostéo-sarcome sont les mêmes que ceux des autres cancers. La substance de l'os a disparu, et, dans toute l'étendue de la partie affectée de dégénération, il est, ainsi que les tissus voisins, confondu avec la tumeur, et transformé en une substance homogène, blanche, grisâtre ou rougeâtre, lardacée, résistante, au milieu de laquelle on trouve, quand la maladie est ancienne, des points ramollis, des épanchemens de matière encéphaloïde, des mélanoses, et quelquefois aussi des cavités renfermant des liquides visqueux diversement colorés.

L'ostéo-sarcome est ordinairement borné à un seul os. Quelquefois cependant on voit cette maladie affecter en même temps les deux os qui forment une articulation. Mais, lors même qu'un os seul est affecté, on voit presque toujours l'os avec lequel il s'articule, aminci, friable, et rempli par une moelle jaunâtre et diffluente. Dans quelques cas même, ce genre d'altération se fait remarquer dans tous les autres os du squelette.

*Traitement*. Le seul traitement applicable à l'ostéo-sarcome confirmé, est l'ablation totale de la partie ; mais pour que cette opération réussisse, et pour éviter les récidives, qui sont fort à craindre, il faut opérer de bonne heure, et avant que la maladie ait eu le temps d'altérer profondément la constitution ; il faut de plus pratiquer les amputations dans la continuité de l'os qui s'articule avec celui qui est affecté ; amputer la cuisse, par exemple, quand il s'agit d'un ostéo-sarcome de la jambe, le bras, pour un ostéo-sarcome de l'avant-bras ; encore ne réussit-on pas toujours, au moyen de cette précaution, à éviter la récidive du mal ; nous l'avons vu se reproduire dans le moignon de la cuisse, que l'on avait amputée pour une dégénération cancéreuse du tibia. On a lieu de craindre cet accident toutes les fois que l'os que l'on coupe est aminci, et que la moelle qui remplit son canal est jaune et diffluente.

La description que nous avons donnée des procédés opératoires relatifs à la résection des os et aux amputations, nous dispense de décrire de nouveau les diverses opérations nécessitées par l'ostéo-

sarcome. Aussi, nous nous abstiendrons d'étudier cette maladie dans tous les os du squelette, parce qu'elle se ressemble partout, et que ce serait nous exposer à des répétitions inutiles et fastidieuses. Deux de ces affections méritent seules une description particulière, parce que, outre les phénomènes propres à l'ostéo-sarcome en général, elles sont accompagnées de quelques accidens qui dépendent des fonctions des parties qu'elles affectent et qui leur sont par conséquent propres, et que leur description nous conduira à faire connaître des opérations que nous n'avons pas encore décrites; nous voulons parler de l'ostéo-sarcome de l'os maxillaire supérieur et de celui de l'os maxillaire inférieur.

### De l'ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure.

La dégénération cancéreuse de l'os maxillaire supérieur succède souvent à des épulis qui ont pris le caractère cancéreux et se sont étendues à la substance de l'os, ou à des ulcères syphilitiques dégénérés qui ont d'abord attaqué la voûte palatine ou le voile du palais. Elle peut aussi être la suite d'une ostéite vénérienne; mais dans un grand nombre de cas, elle est tout-à-fait primitive.

L'arcade alvéolaire, la voûte palatine, l'apophyse montante, et le plancher de l'orbite, peuvent être exclusivement le siége de l'affection, dans son début; mais, par ses progrès, elle finit par envahir la presque totalité de l'os. La gêne de la mastication, de la déglutition, de la prononciation, sont les accidens particuliers qu'elle détermine lorsqu'elle affecte seulement les parties alvéolaire et palatine; dans ce dernier cas aussi, elle établit, après un certain temps, une communication insolite entre la bouche et les fosses nasales. Quand elle attaque les parties sous-orbitaire ou nasale de l'os, elle provoque l'exophthalmie dans le premier cas, et dans le second, des tumeurs et des fistules lacrymales dont il importe de reconnaître la cause pour ne pas s'exposer à pratiquer une opération inutile. Lorsqu'elle a envahi la totalité de l'os, elle provoque en même temps toutes les incommodités dont il vient d'être parlé; mais ces cas sont rares, parce que le plus souvent la diathèse cancéreuse ou les accidens sympathiques font périr le malade avant que tout l'os soit entrepris.

Lorsque le cancer de l'os maxillaire supérieur est borné à l'arcade alvéolaire ou à la partie moyenne de la voûte palatine, on peut, après avoir coupé avec un bistouri la membrane gengivale tout autour de la partie dégénérée, retrancher celle-ci, soit à l'aide d'un trait de scie, soit à l'aide de la gouge et du maillet, soit en se servant de tous ces instrumens, c'est-à-dire en commençant par séparer au moyen de deux traits de scie verticaux la partie que l'on veut enlever, et en se servant ensuite de la gouge et du maillet pour détacher sa base.

Nous avons vu plusieurs fois M. Dupuytren pratiquer de semblables opérations; nous avons également vu ce célèbre praticien, dans d'autres cas où il s'agissait d'ostéo-sarcomes occupant la partie moyenne du palais, détacher la lèvre supérieure, couper la cloison du nez à l'aide de forts ciseaux, porter ensuite dans chaque narine une scie à main, à l'aide de laquelle il opérait deux sections verticales dirigées du nez vers la bouche, et entre lesquelles la portion d'os affectée se trouvait inscrite et détachée. Enfin, dans un autre cas où il s'agissait d'un ostéo-sarcome borné à la partie moyenne et tout-à-fait antérieure de l'os maxillaire, nous l'avons vu, après avoir incisé verticalement la lèvre dont il renversa de chaque côté les deux lambeaux et avoir, ainsi qu'il vient d'être dit, coupé la cloison du nez jusqu'en arrière du mal, faire usage d'un instrument de jardinage nommé *sécateur*, dont il plaça une branche dans la narine et l'autre dans la bouche, et à l'aide duquel il sépara en deux coups toute la portion d'os affectée, en l'inscrivant dans une espèce d'incision en V dont la base correspondait au bord alvéolaire, et le sommet vers la voûte palatine. Aucune de ces opérations n'a été suivie d'accidens graves; plusieurs ont complètement réussi, mais quelques unes ont été suivies de récidive. Après l'opération, il reste une communication établie entre le nez et la bouche, à laquelle il faut remédier par un obturateur.

M. Gensoul, de Lyon, va plus loin encore. Il extirpe la totalité de l'os maxillaire supérieur (1). Voici comment il procède à cette opération: une incision partant de la lèvre supérieure et passant sur les côtés de l'aile du nez, divise les parties molles jusqu'auprès du grand angle de l'œil: une seconde incision, partant de celle-ci, divise obliquement en travers la lèvre et la joue, jusqu'auprès du masséter, en passant au-dessus du conduit de Sténon; enfin, une troisième incision remonte de l'extrémité externe de cette dernière, jusqu'au niveau de l'angle externe de l'orbite. Le lambeau, circonscrit pas ces incisions, est detaché et relevé; cela fait, un ciseau appliqué sur l'os maxillaire le coupe d'un seul coup, dans la direction de la fente sphéno-maxillaire; appliqué ensuite à la partie inférieure antérieure et interne de l'orbite, il sépare d'avant en arrière l'os maxillaire d'avec l'éthmoïde, en suivant l'angle de réunion de la paroi interne avec la paroi inférieure de l'orbite; enfin, le même instrument, sur lequel il faut toujours frapper à coups secs, est placé sur la voûte palatine, et divise cette voûte ainsi que le bord alvéolaire, et vient pénétrer dans les fosses nasales.

Cela fait, le ciseau est de nouveau appliqué perpendiculairement à la direction du nerf sous-orbitaire, en arrière de la paroi inférieure de l'orbite; il divise le nerf d'un seul coup, et, ayant pénétré dans la tumeur, il se sert de levier pour l'ébranler et l'extraire. Peu de sang s'écoule. Les plaies des parties molles sont réunies au moyen de la suture, et il reste peu de difformité, bien que la perte de substance éprouvée par le squelette de la face soit telle que le malade puisse se toucher le globe de l'œil avec la langue. M. Gensoul a pratiqué cette opération quatre fois; une seule a été suivie de récidive et de mort au bout de deux ans.

(1) *Lettre chirurgicale sur quelques maladies du sinus maxillaire*, Paris, 1833, in-8; atlas in-fol.

De l'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure.

Cette maladie résulte quelquefois de l'extension d'une affection cancéreuse de la lèvre à la gencive, et de celle ci à l'os maxillaire inférieur. D'autres fois elle est le résultat de la dégénération cancéreuse d'un épulis qui a également envahi le tissu de l'os. Dans ces deux cas, l'affection de la mâchoire, qui n'est qu'une suite de celle des tissus voisins, est toujours moins avancée que celle de ces tissus. Quand au contraire l'ostéo-sarcome est primitif, il reste long-temps borné à l'os, et il peut acquérir un volume considérable sans que le tissu de la lèvre et des joues en soit affecté. Il se présente alors sous deux formes principales : dans l'une, la maladie consiste en des fongosités cancéreuses, rouges et saignantes, qui s'élèvent de sa substance; dans celle-ci, la maladie est souvent superficielle, c'est-à-dire qu'elle n'affecte que le bord alvéolaire ou la surface de l'os, dont le corps n'est pas gonflé, et dont la base surtout reste saine. La seconde forme est celle dans laquelle la maladie commence par le centre de l'os, qui se carnifie et se gonfle dans toute son épaisseur. La plupart des tumeurs de ce genre acquièrent un volume considérable, et tel, qu'il en résulte une difformité repoussante; les dents, ébranlées et déplacées, paraissent comme implantées çà et là dans la substance de l'os; le rapprochement des mâchoires devient impossible; la lèvre, distendue, amincie, et étroitement appliquée contre la tumeur, devient incapable de retenir la salive, qui s'écoule continuellement, et cependant il est digne de remarque que ce n'est que très-tard que ces tumeurs, ou du moins beaucoup d'entre elles, s'ulcèrent et passent à l'état cancéreux. Ce fait pourrait faire penser que très-souvent on traite pour des ostéo-sarcomes des maladies qui ne sont que des variétés du spina ventosa; et nous sommes d'autant plus portés à adopter cette opinion, que souvent, en touchant la circonférence de la tumeur, on sent sous la muqueuse une lame osseuse très-mince, qui produit un bruit analogue à celui du parchemin quand on l'enfonce en pressant dessus. Au reste, comme le même traitement est applicable à ces deux maladies, la distinction entre elles n'est importante à établir que sous le rapport du pronostic, la récidive étant moins à craindre quand on a affaire à un *spina ventosa*, que quand il s'agit d'un cancer.

On ne peut détruire le cancer de l'os maxillaire, comme celui des autres os, que par une opération chirurgicale.

Si la maladie est bornée au bord alvéolaire, il faut, après avoir enlevé les fongosités, retrancher ce bord, soit à l'aide d'un couteau lenticulaire, soit avec des tenailles incisives, soit avec une forte lime. Si la maladie affecte la superfice de l'os, il faut en ruginer la surface après avoir détruit les parties molles : et, dans les deux cas, pour peu que l'aspect du tissu osseux présente quelque chose de suspect, appliquer le fer rouge sur la surface dénudée, afin de détruire complètement le mal. Mais lorsque l'affection attaque toute l'épaisseur de l'os, une opération plus grave devient nécessaire ; elle consiste à amputer toute la portion d'os malade par une véritable résection. Cette opération hardie est due au génie de M. Dupuytren. Avant lui, les malades affectés d'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure étaient abandonnés à une mort certaine. L'idée d'amputer la mâchoire a été suggérée à ce célèbre professeur par les exemples assez nombreux de guérisons obtenues par les chirurgiens militaires, de plaies avec perte des parties molles et osseuses du menton, produites par le boulet.

L'opération diffère selon le degré et l'étendue du mal. Quand il affecte la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur, comme cela a lieu le plus souvent, et que les parties molles sont saines, voici comment il faut procéder. Après avoir préparé l'appareil, composé de bistouris droits et convexes, d'une scie à main ou d'une scie en chaîne, d'une plaque de bois ou de corne, de ciseaux, de fils cirés, d'aiguilles à suture, de bandelettes agglutinatives, de charpie, de compresses, de bandes, d'éponges, d'eau chaude et d'eau froide, de vinaigre, et d'un réchaud rempli de charbons allumés et contenant des cautères de diverses formes, on fait asseoir le malade en face du jour sur une chaise solide, on l'entoure d'alèzes, et on le fixe en lui faisant appuyer la tête contre la poitrine d'un aide, qui comprime sur les côtés les deux artères maxillaires externes sur la base de la mâchoire. Le chirurgien, placé au-devant du malade, saisit de la main gauche le bord libre de la lèvre inférieure ; et tandis qu'un aide le fixe du côté opposé, il divise ce bord par une incision qu'il prolonge verticalement jusqu'auprès de l'os hyoïde : les deux lambeaux, détachés de l'os par quelques coups de bistouri, sont ensuite renversés sur les côtés de manière à ce que l'os maxillaire se trouve à découvert jusqu'au-delà du mal. On lie les vaisseaux qui fournissent du sang. Cela fait, on glisse à plat un bistouri sous l'os maxillaire, afin de détacher, dans une petite étendue, les parties molles qui se fixent à la ligne myloïdienne, vis-à-vis le point où l'on se propose de scier l'os; on coupe circulairement le périoste ; on glisse sous la mâchoire la plaque de bois, et on applique la scie : celle-ci doit être dirigée d'avant en arrière et un peu obliquement, de manière à diviser l'os en biseau aux dépens de sa table interne. On en fait autant de l'autre côté, et le fragment détaché ne tient plus que par les parties qui s'attachent à l'apophyse géni, et un peu à la ligne myloïdienne. Quelques traits de bistouri achèvent la séparation ; mais il faut, dans ce moment, prendre le soin très-important de fixer la langue en la faisant saisir par sa pointe après l'avoir enveloppée d'un linge sec. Il arrive en effet souvent que cet organe, privé de ses points d'attache au menton, se renverse brusquement du côté du pharynx, et détermine la suffocation en oblitérant la glotte. Dans un accident de ce genre, M. Lallemand, de Montpellier, a fait une incision au conduit aérien pour faire respirer son malade, qui était tombé sans connaissance : on le prévient et on y remédie facilement par le moyen que nous avons indiqué; après quelques instans, l'organe a repris en quelque sorte son équilibre, et son renversement n'est plus à craindre.

La séparation du fragment étant opérée, on lie

les vaisseaux. Si quelques-uns d'entre eux étaient cachés dans la profondeur de la base de la langue, on les rendrait facilement apparens en portant deux doigts dans l'arrière-bouche, et en ramenant les parties d'arrière en avant: on pourrait alors les lier, ou cautériser leur orifice si la ligature semblait d'une application difficile. L'écoulement du sang suspendu, on procède au pansement de la plaie. Ce pansement consiste à rapprocher, par un nombre suffisant de points de suture entortillée, les bords de la solution de continuité faite à la lèvre inférieure et au menton. Pour mettre plus sûrement le malade à l'abri des dangers du renversement de la langue, danger qui, du reste, n'est guère à craindre que dans les premiers instans qui suivent la section des attaches des muscles génio-glosses, M. Gensoul comprend l'extrémité tronquée de ces muscles dans sa suture: on place ensuite au-dessous de la langue quelques boulettes de charpie mollette et fine; un emplâtre de cérat fenêtré, ou de la charpie et quelques compresses, sont placés sur la plaie extérieure, et l'on termine l'appareil par l'application de la bande ou du bandage unissant des lèvres.

Le malade, reconduit à son lit, est soumis au régime de toutes les blessures graves. Au bout de cinq à six jours, on doit retirer les aiguilles, la plaie du menton est réunie. La suppuration intérieure, d'abord abondante, diminue peu à peu; lorsqu'elle est près de se tarir, on supprime l'introduction journalière des boulettes de charpie au-dessous de la langue; les fragmens de l'os maxillaire se rapprochent et se réunissent, soit médiatement, soit immédiatement, au moyen d'une substance fibreuse qui acquiert une consistance, une dureté et un volume tels, que la mastication des alimens solides redevient possible et facile, et que, dans beaucoup de cas, la saillie du menton est reproduite au point qu'il est impossible de soupçonner l'étendue de la perte de substance qu'a éprouvée l'os maxillaire.

Lorsque la lèvre est affectée de cancer, il faut inscrire dans une incision en V, dont la base correspond au bord libre de cette partie, tout ce qui est frappé de dégénération, et continuer ensuite l'opération comme il vient d'être dit.

M. Dupuytren a pratiqué plusieurs fois cette opération hardie, et presque toujours avec succès. Il a été imité par plusieurs chirurgiens, tant français qu'étrangers: on a non-seulement amputé la partie moyenne de l'os maxillaire, mais encore une des branches de l'os; on a même désarticulé le condyle, et ces opérations ont réussi (1). Il est facile de voir quelles modifications on devrait apporter aux incisions des parties molles extérieures pour découvrir l'os maxillaire dans les points où l'on doit porter la scie.

---

# ORDRE CINQUIÈME.

## CARCINOME.

### Du carcinôme en général.

Nous avons vu, en parlant du cancer, que, dans cette affection, l'ulcération succède à l'engorgement des parties. Dans le carcinôme, au contraire l'ulcération se manifeste d'abord, et ce n'est, en général, que long-temps après que l'engorgement des tissus sous-jacens survient; souvent même cet engorgement est si peu marqué, que l'ulcère carcinomateux paraît reposer immédiatement sur des tissus sains. A cela près, les caractères et la marche de la maladie sont à peu près les mêmes; de telle sorte que, quand elle est ancienne, il est souvent impossible de dire si elle a débuté par un engorgement squirrheux qui s'est ulcéré, ou par un ulcère qui a déterminé l'engorgement des tissus, c'est-à-dire si elle est un cancer ou un carcinôme.

L'ulcère carcinomateux ou *phagédénique* affecte toujours la peau ou une membrane muqueuse; les lieux où on l'observe le plus fréquemment sont la face et le col de la matrice. La dégénération carcinomateuse se manifeste aussi quelquefois dans des solutions de continuité qui avaient d'abord un autre caractère; c'est ainsi que des plaies simples, des ulcères syphilitiques ou dartreux, irrités par des pansemens peu méthodiques, prennent quelquefois les caractères d'un ulcère carcinomateux; mais le plus souvent elle est primitive. Quand c'est sur la peau qu'elle se manifeste, il se forme en général un petit bouton d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois indolore, souvent, au contraire, siége d'une vive démangeaison qui engage le malade à y porter souvent la main pour le gratter. Par l'effet de l'irritation que déterminent ces attouchemens, ou par suite des progrès naturels du mal, au bout d'un temps quelquefois très-court, comme, par exemple, quelques semaines, quelquefois très-long, comme une ou plusieurs années, le bouton se gerce à sa surface, s'ulcère, et fournit une suppuration ichoreuse, qui, d'abord peu abondante, se dessèche et forme une croûte plus ou moins épaisse et adhérente, laquelle se renouvelle promptement dès que le malade l'a détachée.

Les choses peuvent rester fort long-temps dans cet état; mais enfin des douleurs lancinantes, jusque là assez rares, se font sentir plus fréquemment dans la partie, la croûte se détache, les bords de la solution de continuité deviennent élevés, durs, inégaux, renversés, son fond devient grisâtre, elle s'agrandit en largeur et très-peu en profondeur, la suppuration ichoreuse qu'elle fournit devient sanieuse et fétide. Cependant elle creuse peu à peu, et finit par envahir les parties sous-jacentes, et même jusqu'aux os, qu'elle per-

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, cahier de décembre 1827. Voyez aussi la lettre de M. Gensoul déjà citée.

fore et détruit. Dans beaucoup de cas, l'ulcération, tout en s'étendant, conserve le caractère du carcinôme, c'est-à-dire qu'elle repose sur un engorgement à peine marqué ; toutefois la couche que forme cet engorgement est lardacée, quel que soit le tissu sur lequel elle repose. Mais dans quelques cas, au contraire, les tissus sous-jacens deviennent le siége d'une induration squirrheuse considérable ; l'ulcération se trouve alors supportée par une base profonde. Sa surface se couvre de végétations cancéreuses, et bientôt il devient impossible, ainsi que nous l'avons dit, de reconnaître sous quelle forme la maladie a débuté. Une fois passé à l'état de cancer, le carcinôme, qui jusque là n'était qu'une maladie locale, au point souvent de ne point déterminer l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, quelle que fût son étendue ; le carcinôme, disons-nous, suit la marche de cette dernière maladie, c'est-à-dire que les ganglions lymphatiques s'engorgent, et que la diathèse cancéreuse s'établit, quand les hémorrhagies produites par la destruction des vaisseaux, les obstacles apportés aux fonctions des organes affectés, le trouble sympathique des autres fonctions, etc., ne font pas périr les malades auparavant.

Le carcinôme qui a son siége sur une membrane muqueuse suit à peu près la même marche que celui de la peau. On voit d'abord se former un point rouge, sur lequel on aperçoit par la suite de petites ulcérations peu étendues ; celles-ci se réunissent pour former une solution de continuité unique, laquelle devient le siége de douleurs lancinantes, et présente bientôt tous les caractères du carcinôme. L'ulcère repose pendant très-long-temps sur une base de tissus lardacés très-peu épaisse, de sorte qu'un instrument tranchant, porté à quelques lignes au-delà de son fond, peut enlever la maladie en coupant dans des tissus sains. Dans les membranes muqueuses, comme à la peau, la maladie peut passer à l'état de cancer confirmé, et déterminer alors l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, l'établissement de la diathèse cancéreuse, etc. On peut observer cette succession de phénomènes dans les dégénérations du col de l'utérus, où en général on ne voit les ganglions inguinaux s'affecter, et la diathèse cancéreuse s'établir, que quand l'ulcération est supportée par un engorgement considérable du tissu de l'utérus, et même des parties voisines.

Le traitement du carcinôme se compose de l'ablation du mal, ou de sa conversion en escharre par le moyen du cautère actuel ou par celui d'un caustique. L'ablation de l'ulcère est une opération fort simple ; elle consiste à le cerner avec la pointe d'un bistouri, et à isoler au moyen du même instrument son fond des parties sur lesquelles il repose, ayant le soin de porter partout le bistouri au-delà de l'engorgement, c'est-à-dire dans les tissus sains. On porte ensuite le doigt dans la plaie pour s'assurer qu'il n'y reste aucune partie indurée que l'on devrait saisir avec des pinces et retrancher ; après quoi on panse et on traite la solution de continuité comme une plaie avec perte de substance.

Cette opération est beaucoup plus douloureuse que la cautérisation ; c'est pourquoi on lui préfère généralement celle-ci.

Pour la pratiquer, on emploie ordinairement, lorsque la maladie a son siége sur la peau, la poudre dite de Rousselot ; elle est composée de 0,70 d'oxide sulfuré rouge de mercure, 0,22 de sang-dragon, 0,08 d'oxide blanc d'arsenic. On délaie cette poudre avec de la salive ou de l'eau, de manière à en faire une pâte dont on étend une couche d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur sur toute la surface de la plaie, après l'avoir soigneusement abstergée. Si cette surface était recouverte de fongosités, il faudrait la rendre unie au moyen de ciseaux courbés sur leur plat, et attendre que l'écoulement de sang eût complètement cessé, pour faire l'application du caustique. On met ensuite par-dessus la couche de pâte arsénicale une toile d'araignée que l'on mouille légèrement lorsqu'elle est placée, afin de la faire adhérer, et l'on prescrit au malade d'éviter pendant quelques heures tout ce qui pourrait faire tomber l'appareil. Un sentiment de chaleur ordinairement modéré ne tarde pas à se faire sentir. Les parties voisines se gonflent et rougissent ; la plaie fournit un écoulement plus abondant, dont la matière, se combinant avec la pâte et avec la toile d'araignée, se dessèche et forme une croute épaisse et dure, qui se détache du vingtième au quarantième jour, et laisse à découvert ou une plaie grenue et de bonne nature, ou même une cicatrice blanchâtre et solide qui recouvre toute la surface qu'avait occupée le carcinôme.

A côté de ces avantages, la pâte arsénicale présente des inconvéniens qui commandent la plus grande prudence dans son emploi. On a vu des malades chez lesquels l'arsenic absorbé a produit tous les accidens propres à l'empoisonnement occasioné par l'introduction de cette susbtance dans l'estomac ; mais ces accidens ne surviennent que quand la plaie a une grande étendue ; on peut donc sans crainte employer la pâte arsénicale quand le carcinôme est fort petit ; dès qu'il a un pouce de diamètre, il est prudent de s'en abstenir. Quand on veut traiter par la cautérisation un carcinôme attaquant une membrane muqueuse, on peut, selon les cas, employer le fer rouge, ou mieux la potasse caustique ou le nitrate d'argent, que l'on porte sur sa surface au moyen d'un porte-crayon, ou le nitrate acide de mercure, dont on imbibe un pinceau de charpie, avec lequel on touche exactement toute la superficie de la plaie. Nous avons vu, à l'occasion des ulcères cancéreux qui se développent sur le col de l'utérus, la manière d'employer ces deux moyens.

### Du carcinôme du nez

Le carcinôme du nez, plus commun chez les personnes avancées en âge que chez les jeunes sujets, débute plus souvent sur le dos et sur les faces latérales de cet organe que sur sa racine. Les ulcères dartreux que l'on irrite, une excoriation tenace, dont la surface fournit un liquide qui se condense en une croûte sans cesse renaissante à mesure qu'on la détruit, des excroissances verruqueuses fendillées à leur surface, rouges et douloureuses, ou de petites tumeurs aplaties, lisses,

dures, comme demi-transparentes et parsemées de petits vaisseaux faciles à apercevoir, telles sont les diverses origines du carcinôme du nez.

Lorsque les ulcères dartreux et les excoriations dégénèrent, elles passent toujours à l'état d'ulcères rongeurs ou carcinomateux, à bords durs, inégaux, qui s'étendent lentement aux parties voisines, fournissent une suppuration ichoreuse peu abondante, dont le produit se transforme facilement par la dessiccation en croûtes fort adhérentes, souvent indolores; mais qui, quand ils deviennent douloureux, sont le siége de douleurs vives, aiguës et lancinantes, dont les environs sont sillonnés par des vaisseaux capillaires dilatés et en quelque sorte variqueux ou anévrysmatiques.

Quand au contraire ce sont des tumeurs d'apparence verruqueuse, ou des tumeurs plates et comme cornées dont il a été parlé, qui sont le sujet de la dégénération, la maladie ne revêt que rarement la forme ulcéreuse; elle prend plus ordinairement la forme d'un champignon cancéreux.

Sous quelque forme qu'elle se présente, mais surtout sous la dernière, la maladie envahit peu à peu les parties voisines. Elle s'étend à tout le nez qu'elle perfore et qu'elle détruit; elle attaque les cartilages et les os, envahit la commissure interne des paupières et le globe oculaire lui-même, les joues et la lèvre supérieure, etc., et elle finit par faire périr les malades, à la manière de tous les cancers invétérés.

On peut attaquer les ulcères carcinomateux du nez par le fer et par le caustique, ainsi qu'il a été dit dans le traitement général du carcinôme. Nous n'y reviendrons donc pas ici: mais il nous reste à dire ce qu'il faut faire dans le cas où la totalité du nez est envahie par la maladie. Les auteurs se taisent sur ce cas: ce qui donne à penser qu'ils le regardent comme incurable; deux faits que nous allons citer prouvent cependant le contraire. Dans l'année 1825, il se présenta à l'Hôtel-Dieu un homme qui avait la presque totalité du nez détruite par un ulcère carcinomateux. M. Dupuytren retrancha tout le mal par une incision qui, partant immédiatement au-dessus des os propres du nez, s'étendait de chaque côté jusqu'au sillon qui sépare les ailes de la joue, et au-dessous, jusqu'au bord adhérent de la lèvre supérieure. Le malade guérit promptement, et la difformité résultant de l'opération fut corrigée avec un nez artificiel. Quelques mois après, une femme dont le nez était tout entier envahi par un champignon cancéreux, vint dans le même hôpital; déjà l'aile droite de cette partie était détruite, ainsi que la partie antérieure de la cloison, qui était perforée; la partie moyenne de la lèvre supérieure était envahie, à partir de la sous-cloison jusqu'auprès de son bord libre, et en haut et à gauche, le mal s'étendait jusqu'auprès de l'angle interne de l'œil. Malgré l'étendue du mal, il était évident que l'on pouvait l'enlever en totalité; nous procédâmes donc à l'opération.

Nous pratiquâmes d'abord une incision courbe, partant de la partie moyenne de la joue gauche, et venant se terminer au même point de la joue droite, après avoir passé près du bord libre de la lèvre supérieure; nous fîmes ensuite une seconde incision courbe, qui, partant à gauche, du même point que la première, venait se confondre avec elle sur la joue droite, après avoir passé sur la racine du nez. La totalité du mal se trouvant ainsi cernée, la base osseuse du nez fut coupée d'un trait de scie; de forts ciseaux courbes sur leur plat servirent à couper profondément la cloison, à séparer les cartilages latéraux du pourtour osseux des narines, et à détacher la tumeur des parties molles des joues; la masse cancéreuse, renversée de haut en bas à mesure que l'opération avançait, fut enfin séparée de la lèvre supérieure à l'aide du bistouri. L'opération fut prompte et facile; quand elle fut terminée, la face présentait un aspect hideux; tout son centre était occupé par une large plaie qui s'étendait transversalement de la partie moyenne d'une joue à l'autre, et de haut en bas de la racine du nez au bord libre de la lèvre supérieure, et au milieu de laquelle on voyait une large ouverture, conduisant dans les cavités nasales dont on apercevait l'intérieur. La hauteur de cette plaie était augmentée par l'allongement de la lèvre supérieure, qui, réduite à sa membrane muqueuse, se laissait distendre par le poids de son bord libre au point de dépasser le niveau de la lèvre inférieure, et formait, dès que la malade voulait parler, un boursouflement, une sorte de bulle très-remarquable. Après la ligature des vaisseaux, on plaça à l'entrée de chaque narine une tente de charpie pour empêcher le sang d'y pénétrer, on recouvrit la plaie d'un linge fin enduit de cérat et fenêtré, par dessus lequel on plaça un gâteau de charpie et des compresses que l'on soutint avec quelques tours de bande. La cure ne fut traversée par aucun accident; la lèvre supérieure reprit peu à peu sa longueur normale et sa fixité; la cicatrisation fut opérée au bout d'un mois. Cette femme fit encore un séjour de deux mois à l'hôpital, sans que la cicatrice, qui était de bonne nature, présentât la moindre apparence de repullulation du mal. Elle partit au bout de ce temps munie d'un nez artificiel en argent; nous l'avions fortement engagée à nous faire avertir si quelque retour de la maladie avait lieu: depuis près de six ans nous n'en avons pas entendu parler.

Depuis ce temps, nous avons fait une semblable opération sur un homme chez lequel le carcinôme s'étendait des deux côtés, jusque tout près de la marge de la paupière inférieure. Le malade a guéri; mais, au bout d'un an, la maladie a récidivé.

Dans les faits que nous venons de citer, on a laissé les plaies se cicatriser par rapprochement de leurs bords, et il est resté, après leur guérison, une difformité qui a nécessité l'usage d'un nez artificiel. Mais on pourrait tout aussi bien chercher à réparer immédiatement la perte de substance en empruntant à quelqu'autre partie un lambeau propre à la combler, ainsi que nous avons dit qu'on le devait faire pour les pertes de substance des lèvres et des joues. Il faut même dire ici que l'art de refaire les nez est beaucoup plus ancien que celui de refaire les joues et les lèvres, et qui n'est qu'une imitation moderne.

Toutefois, cette opération ne devrait être mise immédiatement en pratique qu'autant que la perte de substance ne dépasserait pas les limites de la

circonférence de l'ouverture des fosses nasales : dans le cas contraire il faudrait, pour trouver dans les parties voisines un lambeau suffisant, attendre que la circatrisation de la plaie se fût opérée par rapprochement de ses bords autour du nez, qui resterait alors seul à réparer. Quoi qu'il en soit, cette opération qui a pris naissance dans les pays où l'amputation du nez était infligée comme punition, peut se faire par trois méthodes principales. La plus anciennement connue parmi nous a pris naissance en Calabre; on l'appele méthode tagliacotienne, du nom de Tagliacozzi, qui le premier l'a décrite avec soin, et elle a été perfectionnée dernièrement par M Graef de Berlin, qui lui a donné le nom de rhinoplastique. Pour pratiquer l'opération suivant cette méthode, on commence par vêtir le malade d'une espèce de gilet lacé, terminé par un capuchon qui embrasse solidement sa tête, et dont l'une des manches, ouverte par sa partie antérieure, donne naissance, près du coude, à quatre longues courroies, et près du poignet, à deux courroies plus courtes. Cela fait, on prend avec de la cire, ou avec une carte, la forme de la partie qui manque au nez; on commande au malade de placer la main sur sa tête, de manière à ce que l'organe tronqué vienne se mettre en contact avec la face antérieure du bras ou de l'avant-bras, on marque sur le membre le point de contact; sur ce point on étale le morceau de carte ou de cire qui a servi à prendre l'empreinte, en ayant le soin de diriger sa pointe en haut, et l'on forme aux dépens des tégumens un lambeau triangulaire de même grandeur, que l'on détache de haut en bas, et que l'on laisse adhérent par sa base; on applique alors ce lambeau saignant sur le nez, où on le fixe à l'aide de quelques points de suture. On panse convenablement; il ne reste plus alors qu'à fixer le bras dans la position requise, et qu'il doit garder jusqu'à ce que l'adhésion se soit établie entre le lambeau détaché et le nez : c'est ce que l'on obtient au moyen des courroies. Des quatre qui partent du coude, les deux inférieures sont fixées au gilet, les deux supérieures au capuchon, auquel on fixe encore celles qui partent du poignet de la manche. Au bout de quatre à cinq jours l'adhérence désirée est établie; on ôte le bandage, et on délivre le malade de la position gênante qu'il a dû garder en coupant la base du lambeau qui reste adhérent au nez : cette base est appliquée à la sous-cloison. Deux sondes de gomme élastique sont placées dans deux ouvertures que l'on pratique ou que l'on ménage dans cette base, pour figurer les ouvertures des narines, et l'on conduit le malade jusqu'à la guérison, par des soins appropriés, qui ont principalement pour but le perfectionnement du nouvel organe.

La seconde méthode, née dans les Indes, où elle est encore pratiquée, est plus simple, elle consiste à prendre sur le front le lambeau de tégumens destiné à remplacer le nez perdu. On applique donc sur cette partie, la pointe en bas, le morceau triangulaire de cire ou de carte, auquel on a eu toutefois le soin de laisser du côté de sa base une languette qui doit correspondre à la sous-cloison du nez; on en trace le contour avec de l'encre, on cerne le lambeau circonscrit par le trait de plume, et on le détache avec un bistouri dans toute sa circonférence, excepté à sa pointe, qui doit lui former une sorte de pédicule étroit et allongé, on abaisse ce lambeau, et on le retourne sur lui-même, en tordant son pédicule, afin d'appliquer sa surface saignante sur les bords de la plaie du nez, et on le fixe par quelques points de suture. Les soins ultérieurs sont les mêmes que lorsqu'on a employé la méthode italienne, après avoir séparé le lambeau du bras : quand l'adhésion est faite, on coupe le pédicule du lambeau. Cette méthode, comparée à la précédente, est plus facile à exécuter et moins incommode pour le malade, qu'elle ne soumet pas à une position gênante; mais elle a l'inconvénient de lui laisser sur le front une cicatrice fort apparente, et sous ce rapport elle lui est inférieure, puisque l'opération, de quelque manière qu'elle soit faite, a pour but de corriger la difformité.

MM. Lisfranc et Blandin qui ont employé cette méthode, l'ont modifiée. Le premier, pour faciliter la torsion du pédicule de lambeaux, descend une des incisions qui correspondent à ce sommet, trois ou quatre lignes plus bas que l'autre : tous deux ensuite évitent de le couper. Quand la réunion est opérée dans le reste, ils le dédoublent et le réunissent dans les deux côtés de la plaie qu'ils prolongent pour cela entre les deux plaies du nez et du front.

Enfin, la troisième méthode consiste à emprunter aux environs plusieurs lambeaux que l'on dissèque et que l'on allonge sans les renverser jusque sur le nez, et que l'on réunit entre eux au moyen de la suture. Diffenbach a mis cette méthode en usage.

L'opération qui vient d'être décrite convient aussi bien pour refaire un nez perdu depuis long-temps par quelque cause que ce soit, que pour remédier à un accident récent. La seule différence que présente le procédé opératoire est qu'il faut commencer dans ces cas par rafraîchir les bords cicatrisés de l'ouverture nasale, et par faire au-dessous de la sous-cloison, et par conséquent au bord adhérent de la lèvre supérieure, une incision dans laquelle on ente la base du lambeau et la languette mitoyenne qui doit adhérer à la sous-cloison. Quant à la restauration du nez, considérée en général, nous devons dire que cette opération n'atteint qu'imparfaitement le but que l'on se propose en la pratiquant. Le nez nouveau formé par des tégumens mous et souples se déforme aisément; la cicatrice qui l'unit aux parties reste assez apparente, et il nous semble que les douleurs qu'elle excite ne sont pas suffisamment compensées par le peu d'avantage qu'elle présente sur l'usage du nez artificiel.

### Du carcinôme du voile du palais.

C'est presque toujours à des ulcères syphilitiques irrités que succède le carcinôme du voile du palais. Malheureusement ils ne revêtent ce caractère que quand déjà ils ont détruit la presque totalité du voile, et se sont étendus à ses piliers ou même aux amygdales, à la langue et au pharynx; et alors ils sont au-dessus des ressources de l'art. Si l'on était appelé avant qu'ils eussent occasioné

de semblables désordres, il nous semble qu'il ne serait pas fort difficile de saisir le voile par son bord libre, et de circonscrire le mal par une incision courbe, qui passerait près des attaches de ce voile membraneux.

Du carcinôme du scrotum, ou cancer des ramoneurs.

Cette affection est peu fréquente dans nos climats; mais il paraît qu'on l'observe assez souvent à Londres sur les ramoneurs; et que chez eux elle est due à l'action de la suie. C'est au moins ce que pense Pott, qui lui a imposé le nom sous lequel on la désigne le plus communément : elle n'affecte, suivant la remarque de Earle, que les sujets de trente à quarante ans; elle débute par une sorte de verrue qui dégénère rapidement, et fait place à un ulcère carcinomateux; celui-ci envahit peu à peu tout le scrotum, et même se propage dans quelques cas jusqu'aux testicules. L'extirpation est le seul moyen que l'on puisse lui opposer.

Pour la pratiquer, il suffit, si la maladie est à son début,de retrancher d'un coup de ciseauxcourbes la portion de tégumens qui est malade. Dans les autres cas,on la cerne par deux incisions courbes, et on l'enlève au moyen de quelques traits de bistouri.

Du carcinôme du pourtour de l'anus.

Des fissures incessamment irritées par le passage continuel des matières fécales, des chancres syphilitiques soumis à la même cause d'irritation, ou mal traités, sont la source la plus ordinaire de ces sortes de carcinômes. Quelquefois aussi ils se développent sur une tumeur hémorrhoïdale, qu'ils détruisent peu à peu avant d'envahir le pourtour de l'anus proprement dit. D'autres fois enfin, mais rarement, ils se développent spontanément. Dans tous ces cas, aux accidens ordinaires à ce genre d'affection, s'en joignent bientôt d'autres, qui dépendent du siége du mal et des fonctions des parties qu'il occupe. Les déjections, d'abord douloureuses, deviennent difficiles, parce que l'ulcération, et l'engorgement qui lui sert de base, donnent au contour de l'ouverture anale une rigidité qui s'oppose à ce qu'elle se dilate convenablement; la surface de l'ulcère froissée par les matières se trouve quelquefois déchirée par la distension à laquelle elle est soumise; elle donne du sang, et elle devient le siége des douleurs les plus vives. Les progrès alors deviennent rapides, l'engorgement qui la supporte acquiert de la profondeur, gagne le rectum, et finit par revêtir les caractères propres au cancer de cette partie.

On doit se hâter de détruire, dès qu'on en a constaté le caractère, les ulcères carcinomateux de l'anus. S'ils sont convenablement placés, on les cerne avec la pointe d'un bistouri, et avec le même instrument on sépare leur base des parties sous-jacentes, tandis qu'on soulève la masse dégénérée avec une pince à disséquer. Lorsqu'on veut faire usage de la cautérisation, la difficulté d'appliquer dans ce lieu la pâte arsénicale doit faire donner la préférence au cautère actuel.

Du carcinôme des grandes lèvres.

Cette maladie n'est pas très-rare; elle débute d'abord sur l'une des grandes lèvres de la vulve : mais elle ne tarde pas à faire des progrès rapides, et à provoquer l'engorgement squirrheux de tout l'organe; elle s'étend plus ou moins rapidement ensuite aux petites lèvres et à tout le reste des parties génitales externes, en revêtant les caractères du cancer.

Lorsque les ganglions inguinaux ne sont point engorgés, il faut pratiquer l'ablation de la partie malade en la coupant à sa base; on peut ainsi emporter la presque totalité des parties génitales externes de la femme. Après l'opération, il se fait en nappe un écoulement de sang abondant, que l'on est presque toujours obligé d'arrêter par l'application du fer rouge. Quand l'ablation a quelque étendue, on place une sonde dans l'urèthre, et l'on exerce ensuite sur la plaie, à l'aide d'un tamponnement soutenu par un bandage en T, une compression suffisante pour s'opposer à l'écoulement ultérieur du sang.

Ce que nous venons de dire du carcinôme des grandes lèvres s'applique à celui des nymphes; on peut également les extirper, et l'on panse la plaie de la même manière.

Du carcinôme du méat urinaire chez la femme.

Le carcinôme du méat urinaire ne se fait observer que chez les femmes, et résulte presque toujours d'un ulcère syphilitique dégénéré. Dès que le caractère en estreconnu, il ne faut pas balancer à le détruire, soit en l'attaquant par le fer rouge, soit en le cernant avec la pointe d'un bistouri, et en retranchant ensuite toute la partie circonscrite par l'incison. Il ne faut pas craindre d'emporter l'extrémité de l'urèthre : ce canal s'en trouve seulement un peu raccourci, mais il n'en résulte aucun inconvénient.

Du carcinôme du clitoris.

Ce carcinôme débute, dans le clitoris, comme à la verge, c'est-à-dire sur l'extrémité du gland.

Dès que le caractère en est bien constaté, il faut pratiquer l'amputation de l'organe, en suivant les préceptes indiqués pour l'amputation de la verge, moins la rétraction de la peau. On arrête l'hémorrhagie par la ligature ou par l'application du fer rouge.

Si la maladie s'étendait au loin, on pourrait détacher la base du clitoris de l'arcade du pubis, ainsi que nous l'avons vu faire avec succès par M. Dupuytren, dans un cas où il a retranché en même temps et avec succès toutes les parties génitales externes, qui étaient frappées de dégénération cancéreuse.

Du carcinôme de l'utérus.

Tous les auteurs confondent dans la même description le squirrhe de l'utérus et son ulcère phagédénique ou carcinôme; il est dans le fait assez difficile de tracer une ligne de démarcation entre

ces deux maladies. Cependant ce sont bien deux affections différentes, dont l'une, le squirrhe, commence par un état d'endurcissement des tissus, présente les caractères anatomiques que nous avons assignés au squirrhe, puis se ramollit, s'ulcère, et prend alors le nom de cancer; et dont l'autre, le carcinôme ou ulcère rongeant, commence toujours par un ramollissement de l'organe, promptement suivi de son ulcération, et ne s'accompagne pas nécessairement de squirrhe. La première de ces affections succède presque toujours à la métrite chronique; la seconde se développe le plus ordinairement d'une manière sourde et sans cause appréciable; la première est rarement accompagnée surtout dans les premiers temps, d'écoulement sanguin au moindre contact; ce symptôme est presque constant dans la seconde; la première produit fréquemment des élancemens très-douloureux; dans la seconde, les malades éprouvent plutôt une sensation de rongement qu'elles ne peuvent définir, tantôt douloureuse et tantôt agréable; la première, enfin, peut céder dans les commencemens, sans qu'on soit obligé d'avoir recours à une opération de chirurgie; la seconde; dès le début, ne peut être guérie que par ce moyen. A ces différences près, suffisantes, selon nous, pour exiger qu'on sépare dorénavant ces deux maladies l'une de l'autre, elle produisent des accidens analogues, ont une égale gravité, réclament des moyens thérapeutiques semblables; nous renvoyons par conséquent à ce que nous avons dit précédemment de la première.

---

# ORDRE SIXIÈME.

## POURRITURE D'HOPITAL.

### De la pourriture d'hôpital en général.

La pourriture d'hôpital a quelque analogie avec l'affection dont nous venons de tracer l'histoire; comme elle, en effet, elle dévore rapidement les tissus qu'elle envahit. Mais outre les caractères qui lui sont propres, et que nous ferons connaître tout à l'heure, elle en diffère surtout par la propriété qu'elle a de se transmettre par contagion. Sa nature n'est pas encore connue; elle ne consiste pas dans une gangrène, comme l'ont avancé la plupart des auteurs; ce n'est pas non plus une inflammation, ainsi qu'on l'a dit de nos jours, et on a beau appeler cette inflammation *ulcéreuse*, *désorganisatrice*, etc., cela n'apprend rien de plus sur sa nature; il y a là quelque chose de spécial, de caché, qui nous échapppe, et qu'il faut chercher, soit dans les causes, soit dans la modification matérielle des tissus qui en sont atteints.

Elle est contagieuse. Les expériences que M. Ollivier a faites sur lui-même ne laissent aucun doute à ce sujet (1). Elle peut se manifester sous toutes les latitudes, et pendant toutes les saisons, et à tous les degrés de température, dans les pays où l'air est le plus pur, et dans ceux où il est ordinairement épais et humide. Ordinairement elle ne se déclare spontanément que dans les lieux où l'air est vicié par les émanations qui s'élèvent du corps d'un grand nombre de malades réunis, et cette circonstance est le plus souvent la seule à laquelle on puisse attribuer son développement. On peut cependant croire qu'il est favorisé par toutes les causes qui, comme la chaleur, et surtout la chaleur réunie à l'humidité, un état fortement électrique de l'atmosphère, etc., accélèrent la décomposition des miasmes répandus dans l'air, et augmentent leur action sur le corps de l'homme, et en particulier sur les plaies. Elle attaque de préférence les individus qui sont placés au centre du foyer d'infection, ou dont les blessures sont le plus étendues, irritées, dilacérées, ou encore ceux que la pénurie des objets les plus nécessaires a forcé de panser plusieurs fois avec les mêmes linges, de la charpie plus ou moins avariée par l'humidité, etc. Il n'est pas rare de la voir frapper d'abord un individu, et s'étendre rapidement de celui-ci aux autres, en suivant la direction des courans d'air qui parcourent les salles. Lorsqu'elle se manifeste à la fois sur plusieurs individus, ils deviennent des espèces de foyers, d'où elle se répand successivement et de proche en proche aux autres. D'autres fois, enfin, elle ne suit aucun ordre.

C'est surtout dans les hôpitaux militaires rapprochés du théâtre de la guerre, et où toutes les causes qui peuvent favoriser ou produire son développement se trouvent accumulées, qu'elle sévit avec le plus de fureur; elle s'y montre toujours sous la forme épidémique. Dans les hôpitaux civils bien administrés et bien construits, on peut quelquefois, mais rarement, la voir sporadique; en général, lorsqu'un malade en est atteint, on doit s'attendre à en voir, sinon un grand nombre, au moins quelques autres la contracter. Dans la pratique civile, où les malades sont isolés, on n'a que des occasions très-rares de la rencontrer, et des observations bien faites autorisent à croire que, dans ces cas, elle est presque toujours l'effet d'une inoculation produite par le contact d'instrumens qui, ayant servi à panser des malades d'un hôpital infectés de la maladie, n'ont pas été bien nettoyés; ou par l'usage de charpie imprégnée des miasmes contagieux, etc. (1). On connaît à peine quelques exemples d'individus éloignés des lieux où la pourriture d'hôpital se développe ordinairement, et chez lesquels cette affection se soit décla-

(1) Voyez Ollivier, *Traité expérimental du typhus traumatique*, Paris, 1822.

(1) Voyez Delpech, *Essai sur la pourriture ou gangrène d'hôpital*.

rée par le seul effet de la malpropreté dans laquelle ils laissaient leur plaie.

Cette maladie ne débute pas toujours de la même manière, et les variétés d'aspect qu'elle présente ont servi à en caractériser plusieurs espèces : nous pensons qu'on peut en réduire le nombre à deux principales. La première est celle que Delpech a nommée *ulcéreuse*. Le plus souvent cette variété n'attaque d'abord qu'un point de la surface suppurante. On voit alors se former sur une plaie vermeille, et qui jusque là avait marché régulièrement vers la guérison, une espèce d'alvéole, plus ou moins creuse, dont le fond est enduit d'une matière épaisse, visqueuse, blanchâtre, grisâtre ou brunâtre, tenace et adhérente, et dont les limites, formées par un bord élevé, circulaire, d'un rouge vif, douloureux, s'étendent plus ou moins rapidement, mais ordinairement assez vite, et se confondent avec celles de la plaie, qui se détruisent à leur tour, et envahissent au loin les parties environnantes. Dans quelques cas, au lieu d'une, il se forme plusieurs de ces excavations. D'autres fois, la totalité de la surface de la plaie se trouve tout d'un coup compromise. En même temps que la maladie fait des progrès en largeur, elle en fait aussi en profondeur, cependant moins que la pourriture d'hôpital de la seconde espèce.

Celle-ci a été nommée pourriture d'hôpital *pulpeuse* par le professeur que nous avons déjà nommé. Elle envahit ordinairement d'emblée la totalité de la surface de la plaie, et se présente sous deux formes principales. Quelquefois il semble que la plaie soit recouverte d'un caillot de sang, et ce n'est qu'après avoir fait des tentatives infructueuses pour le détacher, qu'on reconnaît qu'il est mollasse, comme pulpeux, et tient entièrement à la surface suppurante dont il fait partie. On pourrait croire alors qu'il existe une infiltration sanguine, une véritable ecchymose, suite de contusion, dans l'épaisseur même de la membrane des bourgeons charnus. Le plus ordinairement la plaie semble d'abord se recouvrir d'une espèce de voile blanchâtre, demi-transparent, intimement adhérent à sa surface. La prétendue ecchymose ou l'enduit demi-transparent acquiert de l'épaisseur, et constitue bientôt une couche blanchâtre ou brunâtre, épaisse, pulpeuse, extrêmement tenace, qui non-seulement s'étend en largeur, mais encore regagne chaque jour, en envahissant les muscles, les tendons, les vaisseaux, les nerfs, le tissu cellulaire et même les os, ce qu'elle semble perdre en épaisseur, en laissant à chaque pansement écouler ou enlever, sous forme d'un *detritus* ou d'un pus très épais, une partie de sa substance ramollie. M. Ollivier en admet une troisième espèce, caractérisée par l'escharrification rapide des tissus affectés. Nous pensons, avec Delpech, que, dans ces cas, il y a *gangrène* et non pas pourriture d'hôpital, la formation d'une escharre étant le caractère univoque de la gangrène.

La pourriture d'hôpital débute ordinairement d'une manière brusque, on la trouve souvent établie et parfaitement caractérisée dans une plaie que la veille on a laissée en bon état; on peut même, avant de s'en être assuré par l'inspection, reconnaître qu'elle existe, aux douleurs vives et accompagnées d'un sentiment de chaleur âcre et brûlante, que le malade annonce s'être développées brusquement dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, ainsi qu'à la matière ichoreuse, ténue, et d'une odeur forte et *sui generis*, dont se trouve pénétré l'appareil. En effet, outre l'espèce de *detritus* épais dont il a été parlé, les plaies affectées de pourriture d'hôpital fournissent toujours une matière à la fois beaucoup plus ténue et plus abondante, et dont l'odeur est tellement pénétrante et caractéristique, qu'on peut souvent, lorsqu'on en a une fois été frappé, reconnaître en entrant dans une salle que cette espèce d'altération des plaies s'est développée sur quelques-uns des malades.

Lorsque la maladie marche avec rapidité, les douleurs sont très-vives, et les bords de la plaie sont élevés, durs, d'un rouge foncé et fort douloureux au toucher; dans les circonstances contraires, ils sont plus pâles, les douleurs sont moins vives, et quelquefois même à peine sensibles, et le gonflement est œdémateux. Dans presque tous les cas, il se développe une gastro-entérite, qui, ordinairement sympathique et proportionnée à l'intensité des symptômes locaux, est assez souvent excitée par l'action directe des miasmes sur les organes intérieurs, et peut prendre toutes les formes que cette sorte d'affection est susceptible de revêtir.

La pourriture d'hôpital se termine assez souvent d'elle-même, dans un espace de temps qui varie depuis huit jours jusqu'à plusieurs mois. On a lieu de penser qu'elle se terminera spontanément lorsque le sujet est robuste; lorsque les causes qui l'ont produite n'ont été que passagères, ou sont peu énergiques; lorsque le gonflement des bords de la plaie est peu considérable; lorsque les douleurs sont peu vives; lorsque l'enduit qui revêt la plaie est peu marqué, ou diminue d'épaisseur, que la suppuration prend de meilleures qualités, et que les phénomènes symphatiques sont peu prononcés ou qu'il n'en existe pas. Cependant il ne faut pas acccorder trop de confiance à ces signes : car quelquefois la maladie qui les présente continue à faire des progrès, qui, pour être plus lents, n'en sont pas moins à craindre. On doit au contraire croire qu'elle s'étendra, tant que les parties environnantes sont fortement engorgées, livides, douloureuses, œdémateuses. On doit en porter un pronostic défavorable, lorsqu'à quelques distance de la maladie on rencontre un engorgement œdémateux, correspondant à un interstice celluleux, parce que c'est une preuve qu'il se forme des clapiers, et qu'on doit s'attendre à voir les muscles, les vaisseaux, et les autres organes qui composent la partie, détruits successivement par la maladie. Enfin, on en doit surtout attendre un résultat funeste, lorsqu'il existe une gastro-entérite fort intense ou fort compliquée, ce qui arrive souvent dans les hôpitaux encombrés, mal disposés, ou mal tenus.

Empêcher une épidémie grave de se développer, c'est rendre à l'humanité un service beaucoup plus éminent que d'attendre qu'elle ait pris naissance pour la combattre, même lorsqu'on est sûr de le faire avec succès. Aussitôt que les cir-

constances qui peuvent amener la pourriture d'hôpital existent, il est donc du devoir de l'homme de l'art de s'occuper des moyens de les détruire. C'est l'emploi de ces moyens qui constitue le traitement prophylactique de la maladie. Il faut donc faire cesser l'encombrement des hôpitaux ; il vaut mieux, lorsque la saison le permet, laisser les blessés au bivouac ou sous des tentes, que de les plonger au milieu d'un air infecté; on ventilera souvent les salles, et on détruira les miasmes par des fumigations muriatiques, nitriques, par le dégagement du chlore, ou par des arrosages avec du chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque. On séquestrera surtout avec soin les blessés qui sont atteints par la maladie; on entretiendra dans les plaies la plus excessive propreté; on évitera plus que jamais de les laisser exposées au contact de l'air; et on n'emploiera pour le pansement aucun objet, tel que charpie, compresses, etc., qui, ayant séjourné auprès de blessés infectés, pourrait être imprégné de miasmes, et communiquer la maladie : les instrumens qui auraient servi au pansement d'une pourriture d'hôpital, ne seront approchés d'une plaie saine, qu'après avoir été passés au feu et exactement nettoyés. Peut-être serait-ce le cas de mettre en usage la méthode qui consiste à ne panser qu'à absolue nécessité. Il est à la vérité difficile de concilier ce conseil avec celui d'entretenir les plaies proprement; mais il est probable que le contact d'un pus non altéré par l'action de l'air serait moins funeste, pour la plaie, que celui d'un air vicié par les miasmes en putréfaction. Au reste, cette méthode n'a pas été, que nous sachions, employée par les chirurgiens français. Ceux même qui croient à la propriété contagieuse du typhus traumatique pansent leurs blessés, non encore atteints par la maladie, tout aussi souvent pendant une épidémie de pourriture que dans les circonstances sanitaires les plus favorables ; seulement quelques-uns mettent en usage certains topiques qu'ils croient propres à préserver les surfaces suppurantes. C'est ainsi que, dans certains cas, où les bourgeons mous, pâles et blafards, paraissent disposés à contracter la contagion, on a fait avec succès usage des fomentations toniques, des applications excitantes, ou même des cathérétiques légers.

M. Ollivier a cru reconnaître dans le camphre en poudre la propriété de neutraliser l'action du principe contagieux : dans un cas, où il s'est inoculé la pourriture d'hôpital avec une lancette imprégnée de la matière pulpeuse prise sur une plaie, il a contracté la maladie ; et dans un autre cas, où il avait mélangé cette matière avec du camphre, l'inoculation n'a été suivie d'aucun résultat. Cette observation a, comme il le dit lui-même, besoin d'être confirmée par de nouvelles expériences; mais on ne doit pas négliger d'en tenir compte.

Tels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer de prévenir la pourriture d'hôpital : il est inutile de dire que, quand cette affection est déclarée, ils doivent encore être mis en usage, soit pour préserver les blessés qui n'en sont pas encore atteints, soit pour diminuer la violence et la durée de la maladie en faisant disparaître les causes qui l'ont produite.

Suivant que les praticiens ont été mus par telle ou telle théorie, ils ont employé de préférence certains topiques contre la pourriture d'hôpital; c'est ainsi qu'on a préconisé les émolliens, les excitans, les anti-septiques. L'on a vu (et nous avons été nous-même chargé par M. Dupuytren d'essais de ce genre) les cataplasmes émolliens, l'huile essentielle de térébenthine, les acides minéraux étendus, les acides végétaux, le charbon, etc., arrêter comme par enchantement certaines pourritures d'hôpital, et échouer complètement dans la plupart des cas. Mais il est un moyen héroïque qui arrête sûrement les progrès de cette affection lorsqu'il est employé à temps : c'est la cautérisation des parties affectées. L'idée première en appartient à Pouteau, qui ne semble pas l'avoir mise à exécution. M. Dupuytren et Delpech l'ont mise en pratique à peu près en même temps, l'un à Paris, l'autre à Montpellier; mais M. Ollivier réclame pour lui la priorité des essais de ce moyen. Sans vouloir lui contester cette priorité, nous ferons observer qu'il était encore aux armées, et que son livre n'avait pas encore paru, lorsque les deux praticiens que nous venons de nommer en constataient l'efficacité, et qu'il est plus probable que la même idée s'est présentée à la fois à plusieurs personnes placées en même temps, quoique dans des lieux différens, au milieu des désastres d'une épidémie.

Tous les caustiques peuvent être employés pour opérer la cautérisation d'une plaie affectée de pourriture d'hôpital; mais le cautère actuel paraît devoir être préféré. Il agit plus fortement, plus promptement, plus sûrement, et son action est plus facile à limiter et à conduire que celle de tous les autres moyens de désorganisation. Cependant, si la maladie était très-légère, on pourrait employer des caustiques chimiques connus, lesquels ont sur le cautère actuel l'avantage d'occasioner moins de douleurs. De quelque agent qu'on ait fait choix, il est de la plus haute importance pour le succès de l'opération qu'il agisse immédiatement sur les parties, et sur tous les points contaminés, sans en excepter un seul. La plus légère omission à cet égard serait infailliblement suivie de la continuation du mal. On commencera donc par exciser, surtout si on veut faire usage d'un caustique, tout ce qu'on pourra de l'épaisseur de la couche pulpeuse qui revêt la plaie, et, si celle-ci envoie des prolongemens dans l'intérieur des parties, on les mettra à découvert par des incisions suffisantes : après quoi on pratiquera l'opération. Dans un cas où une plaie placée à la partie inférieure de la cuisse et frappée de pourriture d'hôpital, avait envoyé un prolongement entre le muscle biceps et le fémur, Delpech fendit tout le trajet, et malgré le voisinage de l'artère poplitée, qui n'aurait pas tardé à être envahie, il porta le cautère actuel dans toute la cavité mise à découvert. Dans un autre cas où la pourriture, après s'être développée dans une plaie située sur la clavicule, avait dénudé cet os et menaçait l'artère sous-clavière, le même praticien porta partout le fer rouge, sans intéresser l'artère, et réussit, comme dans le premier cas, à arrêter la pourriture du premier coup. Il a dû à cette conduite hardie, que peu de personnes tou-

tefois imiteront, la conservation de ses deux malades.

Lorsque la cautérisation est pratiquée, on n'a plus qu'à soigner la gastro-entérite, et à traiter la plaie comme une brûlure au quatrième degré. Après la chute de l'escharre, la plaie fait ordinairement des progrès rapides vers la cicatrisation ; mais il est important d'insister avec beaucoup de force, pendant toute la durée du traitement, sur les moyens prophylactiques indiqués plus haut, afin de prévenir les récidives toujours très-fâcheuses, et auxquelles les plaies qui ont été infectées une première fois paraissent plus exposées que les autres : si cet accident se reproduisait, il faudrait l'attaquer comme il a été dit pour la pourriture d'hôpital qui se déclare dans une plaie vierge de cet accident.

Nous ne décrirons pas la pourriture d'hôpital dans chacune des parties qu'elle peut occuper. Toujours placée à l'extérieur, ses symptômes sont partout les mêmes, et son traitement ne varie pas.

FIN DU PREMIER VOLUME.

# TABLE

## DU PREMIER VOLUME.

## DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS CONSISTANT DANS L'ABORD MOINS CONSIDÉRABLE QUE DANS L'ÉTAT NORMAL DES FLUIDES QUI LES PARCOURENT NATURELLEMENT, ET DANS LA DIMINUTION DE LEUR IRRITABILITÉ OU ASTHÉNIE.

## TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT DANS LEUR TRANSFORMATION EN D'AUTRES TISSUS NORMAUX, OU TRANSFORMATIONS MORBIDES.



## QUATRIÈME CLASSE DE MALADIES.

DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE TISSUS PLUS OU MOINS ANALOGUES A CEUX QUI COMPOSENT LE CORPS HUMAIN OU D'ÊTRES VIVANS, SOIT A LA SURFACE, SOIT DANS L'INTÉRIEUR OU L'ÉPAISSEUR DES ORGANES, OU PRODUCTIONS MORBIDES.

## CINQUIÈME CLASSE DE MALADIES.

ALTÉRATIONS DES TISSUS, CONSISTANT SOIT DANS UNE MODIFICATION DE LEUR TEXTURE TELLE QU'IL SEMBLE QUE LEUR ORGANISATION PRIMITIVE A DISPARU, ET QU'ILS PARAISSENT CONVERTIS EN TISSUS NOUVEAUX SANS ANALOGUES DANS LE CORPS HUMAIN, SOIT DANS LEUR DESTRUCTION RAPIDE ET SPONTANÉE, OU DÉSORGANISATION.



FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.